

Buda Béla

Az öngyilkosság

Orvosi és társadalomtudományi
tanulmányok

Második, bővített kiadás
2001



© Buda Béla dr. 2001

ANIMULA KIADÓ
Honlap: www.animula.hu
Szerkesztőség és könyvesbolt: 1026 Budapest, Bimbó út 184.
Rendelés interneten: mail@animula.hu vagy telefonon
Tel: 200-5317, tel/fax: 200-0716
A kiadásért felel: Biró Sándor dr.

Tartalom

ELŐSZÓ	5
ELŐSZÓ A MÁSODIK KIADÁSHOZ	7
I. RÉSZ. ÖSSZEFOGLALÓ ÍRÁSOK	
Az öngyilkosság	13
I. Társadalmi tényezők, statisztikai adatok	13
II. Hazai statisztikai adatok, általános társaslélektani szabályszerűségek	23
III. Pszichológiai szabályszerűségek	33
IV. A megelőzés lehetőségei és módszerei, az öngyilkosságveszély orvosi pszichológiai ellátása	42
Az orvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében	53
A közvetlen öngyilkosságveszély és ennek kezelése – különös tekintettel a gyakorló orvosra	59
Az öngyilkosság fogalmi meghatározása	65
Az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásai	82
Az öngyilkosságok szociálpszichiátriai alapkérdései	98
Öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon	117
Az öngyilkosságok okai és megelőzésének lehetőségei	137
II. RÉSZ. SPECIÁLIS TANULMÁNYOK	
Az esettanulmányok jelentősége a pszichiátriában és a pszichoterápiában	147
Esettanulmányok az öngyilkosság-kutatásban	156
Újabb kommunikációs technikák az öngyilkossági krízisek megközelítésében	168
Speciális traumák az öngyilkossági cselekmény kiváltásában	176
Az eutanázia dilemmái	181

Tartalom

III. RÉSZ. KÍSÉRLETEK A SZINTÉZISRE

Az öngyilkosság pszichoszociális okai és folyamatai	196
A magyar öngyilkossági helyzet okai	204
Gondolatok az öngyilkosságveszély elhárításáról és az öngyilkosság megelőzéséről	212
Gotland, depresszió, öngyilkosságkutatás	216

IV. RÉSZ. FÜGGELÉK

BESZÁMOLÓK	228
KÖNYVISMERTETÉSEK	265
ÖSSZEVONT IRODALOMJEGYZÉK	285

Előszó

E kötet 25 év során megjelent írásokat tartalmaz az öngyilkosság tárgyköréből. Kiadásukra azért határoztam el magam, mert még mindig aktuálisnak érzem őket, és úgy érzékelem, az öngyilkosság iránti *segítő* érdeklődés, az öngyilkosságveszély elhárítása és általában az öngyilkosság-megelőzés ismeretanyaga még mindig elégtelen a szakmai köztudatban, vagyis a pszichiáterek, pszichológusok, gyakorló orvosok és szociális munkások körében, és ez kissé izomorf, analóg az általános közvéleménnyel, amely ugyancsak tájékozatlan és érdektelen az öngyilkosság ügyeiben.

Az elmúlt 25 év során eléggé terjedelmes hazai szakirodalom alakult ki az öngyilkossággal kapcsolatosan nálunk, több korszerű kötet is megjelent, ez önmagában öröndetes dolog. Jelentősen fejlődött a kutatás is. Az ún. TBZ (társadalmi beilleszkedési zavarok) kutatásban az öngyilkosság vizsgálata haladt előre leginkább, és ennek nyomán aktív hazai kutatóműhelyek, centrumok jöttek létre. Bár az utóbbi években a kutatási támogatások kimerülése meglátsította az öngyilkosság tanulmányozását, ez nem maradt abba, és számos jeles, nemzetközileg is ismert szakemberünktől fontos felismerések, közlemények várhatók.

A *szemléleti összegzés* azonban keveset haladt előre (Ozsváth Károly dr. és Zonda Tamás dr. munkái jelentenek itt öröndetes kivételt) és az öngyilkosság-megelőzés sem fejlődött eléggé. A *segítő* szakmák szuicidológiai képzése elégtelen (bár a szegedi és baranyai régióban és vonzáskörzetükben sok erőfeszítést tettek ennek érdekében).

Éppen ezért hasznos lehet, ha együtt hozzáférhetővé válik az a néhány tanulmányom, amely megkísérelte a szuicidium korszerű szemléletének ki-munkálását, és az öngyilkosság megelőzésének elméleti alapjait próbálja megadni. Ezek az írások a *klinikus* és nem a kutató szempontjából születtek, és ezért is kap nagyobb hangsúlyt bennük az elméletalkotás, a teoretikus orientáció, a fogalmak definíciója, a hipotézisek és következtetések kimunkálásának gyakorlata. A tanulmányok a maguk idejében számottevő hatást gyakoroltak, és talán nem túlzás vagy szerénytelenség állítani, hogy befolyásolták a későbbi kutatásokat is. Az egymást követő, és különböző kiadványokba készült írások között természetesen sok az ismétlés, az évtizedek időtávlátában azonban ez a szemléleti konszonanciát mutatja, és a fontos adatokat és tétele-

ket aláhúzza, kiemeli. Egyedül az alapvető közleményt, az 1971-ben az Orvosi Hetilapban megjelent sorozatot láttam el kiegészítéssel, úgy éreztem ugyanis, hogy egy ajánlás ebben a sorozatban – és pedig az, hogy a gyakorló orvos igyekezzék ne kimondani, megfogalmazni a pácienssel szemben az öngyilkosságveszélyt, hanem ezt őrizze meg saját belső deontológiai és terápiás irányelvének – kommentárta, magyarázatra szorul.

Még három rövid írást fűztem a tanulmányokhoz, ezek e kötet számára készültek, mint kísérletek a szintézisre. Ezekben megpróbáltam kifejtetni nézeteimet három alapkérdésről: az öngyilkosság genezisének pszichoszociális folyamatairól, a magyar öngyilkossági helyzetről és az öngyilkosság-megelőzés (beleértve az öngyilkosságveszély közvetlen elhárítását is) lehetőségeiről és célszerű útjaikról. E rövid írások részletes irodalmazása nagyon messze vezetett volna és nagyon nagy terjedelmet tett volna szükségessé, ezért csak arra a néhány új, vagy régebbi, de szemléletileg különösen aktuálisnak érzek, vagy amelyeket állításaim pillérének tekintek.

Egyébként is, érdemes megemlíteni, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos munkáim alkalmasak lennének, hogy önálló monográfiát készítsen belőlük, erre azonban nincs meg a szükséges idő, és talán most még a fogadókészség sem. A sok írás (amelynek csak töredékét, néhány százalékát tartalmazza ez a kötet) egybedolgozása ugyanis hatalmas, hosszadalmas munka lenne, ehhez valamiféle „sabbatical year”, valamilyen „otium” kellene, és erre most nincs kilátás. Nagy terjedelmi kötetnek sincs esélye, hiszen ma nincs kiadó, amely ennek költségeit, gazdasági kockázatát vállalná. Az írások többsége kongresszusi közlemény, könyvismertetés, cikkreferátum, ezek zöme az Orvosi Hetilapban jelent meg (ahol 1964 és 1989 között szerkesztő voltam), majd a Magyar Pszichológiai Szemlében (itt 1982 és 1986 között vezettem a klinikai pszichológiai rovatot), illetve a Psychiatria Hungaricában (1986-90 között szerkesztettem, vezettem e lapot), majd pedig az 1993-ban megindított Szenvedélybetegségek című szaklapban (itt külön szuicidológiai szekciót hoztam létre). Az öngyilkosság problémáját pszichoterápiával foglalkozó könyveimben és más publikációimban is gyakran tárgyaltam, munkásságomnak e részét is fel kellene dolgozni, ha most öngyilkossággal kapcsolatos gondolataimat monografikusan szeretném összefoglalni.

Úgy vélem, írásaim eléggé sokfélék, sokféle fórumon és sokféle audienciának kidolgozott módon jelentek meg, és elég széles körben hozzáférhetőek és olvasottak ahhoz, hogy e válogatás, tanulmánygyűjtemény *kontextusának* tekinthessem őket, amely az olvasóban felidéződik. A felidézést segítheti az általános tanulmányokban található ismétlődések sora is, de ezt szolgálják a re-

ferenciák is, amelyek ismételtelen azonos irányokba mutatnak, mégha itt több, illetve talán sok irányról is van szó, hiszen munkásságomnak alapját több diszciplína is jelenti, az általános és orvosi szociológia, a társadalomlélektan, a kommunikációelmélet és annak alkalmazásai, a szexológia, az addikciók és szenvedélyek problémaköre, a pszichoterápia stb. Mindezek azonban az öngyilkosság kérdésköréhez is szervesen kapcsolódnak, hiszen az öngyilkosság szinte minden humán tudományág területére is tartozik, és kutatásához elengedhetetlen a multidiszciplináris közelítés, megértése pedig interdiszciplináris szemlélet és ismeretek nélkül egyenesen lehetetlen. Éppen erre a tág, interdiszciplináris horizontra, mint kontextusra való állandó utalásban látom írásaim fő sajátosságát, emiatt érzem aktualitásukat, pl. a kötet közrebocsátása szempontjából.

E kontextus és az erre való utalás magyarázza, hogy a kötetbe felvettem néhány kongresszusi beszámolómat és könyvismertetésem is. Azokat, amelyek szemléletileg leginkább befolyásoló információkat adtak számomra. A beszámolók utalnak az öngyilkosság nemzetközi rendezvényinek légkörére, a könyvismertetések pedig néhány olyan publikációs mérföldkőre, amelyek nagyon hatottak rám, különösen a nyolcvanas évek német klinikai szuicidológiájának termékeire, amelyek bizonyították számomra, hogy az elmélet szintézisnek van közvetlen relevanciája az ellátó és a megelőző gyakorlat szempontjából, tehát az elmélet – Lewint idézve, illetve parafrázálva – nagyon is praktikus dolog.

Ebbe az elméleti világba, a tudományos ideák gyakorlati alkalmazásába kíván e gyűjteményes kötet most bevezetni, és ezzel szeretne önálló álláspontot, sajátos hangnemet és szemléletet közvetíteni az olvasónak, és ezzel hozzájárulni az öngyilkosság leküzdéséhez. Még mindig közel négyezer ember hal meg nálunk évente önkészű halállal, és ez a mortalitás még résztvesz Európában egyedülállóan rossz halálozási helyzetünk alakításában, még mindig nagyon sok az öngyilkossági kísérlet, noha a statisztikák és a klinikai észlelések szerint van változás, van csökkenés a szuicidium és az önkárosító viselkedésformák gyakoriságában (bár még ennek jellemét, összetevő tényezőit és trendjét nem ismerjük eléggé). Még fontos a vizsgálódások, megelőző és kezelő próbálkozások és a teoretikus összegezés folytatása.

Előszó a második kiadáshoz

A könyvet kétségekkel, bizonytalanságokkal indítottam útjára, a vállalkozás korlátairól és gyengéiről szóltam az első kiadás előszavában. Az idő azonban igazolta, hogy a tanulmányokat érdemes volt közreadni. Elfogyott a könyv,

utánnnyomásokban is, ez egyfajta megerősítés abban, hogy igény volt és van rá. Most – ismételt utánnnyomás szüksége merülén fel – módóm van a kiegészítésre. Az első előszóban említett szintézisre, az öngyilkossággal kapcsolatos munkáim szélesebb merítésű és aktualizált feldolgozására most sem mernék vállalkozni. Most éppen nem olyan időket élünk, amelyben ez a szemlélet divatos.

A könyvet 1996 végén állítottam össze, azóta az öngyilkosság tudományos szemléletében, megközelítésmódjaiban paradigmaváltások zajlottak le, felgyorsultan, és ilyenek várhatók a következő években is. A paradigmaváltás a Thomas Kuhn-féle értelemben vetődik itt fel. Bizonyos előfeltevések, modellek, elméletek előtérbe kerülnek és kiszorítják a korábban uralkodókat, anélkül, hogy azokat megcáfolták volna. Nem véletlenül említettem a divatot, hiszen a változásokban gyakran érezhető, hogy most más a tudományos diskurzusok témapreferenciája, stílusa, és ehhez illik, esetenként kell alkalmazkodni. A mélyben természetesen érdekek húzódnak meg, hiszen a tudomány ma már bonyolult és erős munkaszervezetekben jelenik meg, és mögöttük még erősebb gazdasági rendszerek (pl. gyógyszeripar) működnek. Korábban évtizedek kellettek, míg egy-egy paradigma kibontakozott, most évek alatt strukturálódnak és nyilvánulnak meg a paradigmák.

Egyik ilyen paradigmaváltás a területen az eutanázia és az orvosi segítségével történő, a család, a rokonság és a környezet által is elfogadott öngyilkosság növekvő gyakorisága, lassú, de előrehaladó, törvényes elfogadása számos országban, rejtett, a passzív, eutanáziához hasonló de mind több aktív mozzanatot tartalmazó gyakorlatának terjedése. Bár az öngyilkosság-megelőzés élharcosai évtizedek óta küzdenek az eutanáziát propagáló civilszervezetek és társadalmi mozgalmak ellen, most kezd érni a felismerés, hogy itt is az öngyilkosság egy változatáról van szó, és ez a jelenségkör mind a kutatás, mind pedig a prevenció szempontjából az öngyilkossággal együtt (ill. együtt is) kezelendő. Emiatt vettem most fel egy korábbi, de elavultnak nem tekinthető tanulmányomat az eutanáziáról, és ez motivált egy újabb könyvismertetés közlésére is.

Egy másik paradigmaváltás az öngyilkosság biológiai és pszichiátriai nozológiai kutatásából ered. Igen sok új adat merült fel biológiai kockázati tényezőkről, sérülékenységről, oki mechanizmusokról. Bár a klasszikus öngyilkosság kutatásban megismert sokféle hibaforrás (mintanagyság, a reprezentativitás hiánya, szelekciós torzítások, nonspecifikus körülmények beszámítása stb.) e kutatásokban általában figyelmen kívül marad, ezek az adatok nagy publicitást kaptak és kezdik kiszorítani a társadalomtudományi és lélektani

öngyilkosságkutatást. A biológiai ismeretekkel együtt terjedt az öngyilkosság újmódi betegségelmélete, kivált azonosítása a depresszióval. Ebből következett a megelőzésben a korai depressziódiagnózis és a korszerű antidepresszív gyógyszeres kezelés igénye. Ez a paradigmajajta ugyancsak kizszozító hatást gyakorol másfajta értelmezésekre és prevenciós utakra. Ez a tendencia is élt és erősödött már a nyolcvanas években is, nagyon markánssá vált a kilencvenes években, de csak e könyv első kiadásának megjelenése után mutatkoztak meg igazi körvonalai. Nem kis része volt ebben a magyar reakciónak. Ezek – mint ez nem ritkán történik nálunk – erősen túlhangsúlyozták a nemzetközi álláspontokat és azoknál sokkal kirekesztőbbek és kizárólagosabbak lettek. A depresszióra épülő öngyilkosság-magyarázat és megelőzési elképzelés egyeduralkodó lett, ebben kulcsszerepet kapott a ma már közismert Gotland-vizsgálat (amelynek „updated” leírását szép kis füzet formájában pszichiáterek tízezrei kapták kézhez a nagy nemzetközi kongresszusokon, és a gyógyszergyárak nyilván százezer számra juttatták el gyakorló orvosokhoz is). A magyar öngyilkossági gyakoriság csökkenése kb. 1997-től már úgy jelent meg, mint a hazai pszichiátriai ellátásnak, és ezen belül a depresszió kórismézési és gyógykezelési javulásának eredménye. Ez lett a Magyar Pszichiátriai Társaság hivatalos álláspontja, és ez jelent meg a kézikönyvekben és tankönyvekben. Ez még a könyv összeállításakor nem volt ennyire nyilvánvaló (maga a csökkenési trend sem az öngyilkosság-gyakoriságban, hiszen akkor még az 1995. év adatai sem voltak ismeretesek). Olyan helyzet állt elő, amelyben ezek a szempontok ideologikus funkciót kaptak, és a hivatalos állásponttól nem volt tanácsos eltérni. Máig is tart az öngyilkossággal kapcsolatos viták sajátos gátoltsága. Ezért vettem fel most a második kiadásban egy szerkesztőségi állásfoglalásomat a Gotland-kutatással és a depresszióhipotézissel kapcsolatosan, amely azzal függ össze, hogy ellenvélemények már másutt nem jelenhettek meg, csak a Szenvedélybetegségek című lapban, amelyben szuicidológiai profilt is kialakítottam, és amelyben helyet adtam a már mintegy hivatalos álláspontoknak is, de az ellenvéleményeknek és kritikáknak is.

Ma még nem lehet, továbbra sem, igazán megvitatni ezt a kérdést, de talán röviden leírom véleményem. Szerintem sem a Gotland-vizsgálat, sem a Gotland-megközelítés (vagyis a depresszió diagnózisának és gyógyszeres kezelésének döntő jelentősége az alapellátásban) egyelőre nem bizonyosodott be, nem bizonyított, hogy az öngyilkosság azonosítható a depresszióval (vagy más pszichiátriai betegséggel; a szakirodalomban már vannak retrospektív vizsgálatok, amelyek 80% feletti depressziós gyakoriságot vagy mint Barraclaud és munkatársai, 93%-os pszichiátriai betegséggyakoriságot találtak ön-

gyilkosoknál...) és még kevésbé, hogy az öngyilkosság-gyakoriság csökkenthető – populációs szinten – a depresszió gyógyszeres kezelése révén. Ezek értékes hipotézisek, amelyek további vizsgálatokra szorulnak, és csakis a többi, köztük a hagyományos társadalomtudományi és pszichológiai kutatási út követésével tisztázhatók. A konstruktív vitára ma nagyobb szükség van, mint eddig bármikor. A magyar öngyilkosság-gyakoriság örvendetes csökkenése is még feltáratlan a maga oki hátterében. Az eddigi adatok, amelyekkel a depressziómagyarázatot alátámasztják, vitathatók. Egyáltalán, ma még nem tudjuk, nem játszott-e szerepet az öngyilkossági hányados csökkenésében a statisztikai adatszolgáltatás rendszerének változása (esetleg deregulációja, romlása), az egyéb, öngyilkosság ellen ható társadalmi folyamatok (pl. szolidaritás, társas támaszrendszerek, pszichológiai segítségek stb.) erősödése, vagy az a különleges magyar morbiditási és mortalitási helyzet, amely a kilencvenes évek közepére érte el tetőfokát, a közép- és időskorú magyar férfiak nagyarányú megbetegedése és halálozása, köztük az alkoholos májcirrózis dramatikus gyakorisága (amelyet az öngyilkosság számos kutatója egyfajta öngyilkosság-ekvivalensnek nevez, míg más kutatók a súlyos, krónikus megbetegedések kialakulásában az öngyilkossági folyamat sajátos letompítását és quasi kialvását figyelték meg). Mindezeket ma még nem ismerjük eléggé, nem látunk tisztán, ezért még nagy szükség lehet a vitákra, a sok szempontú, elkötelezetlen kutatásokra. A kötetbe felvettem most olyan új kongresszusi beszámolókat és recenziókat, amelyek ezt alátámasztják.

Néhány év múlva, egy remélhető harmadik kiadás idejére, bizonyosan fel-tisztul a kép, és nyugodtabbá válik a hazai pszichiátria viszonyulása is. Valószínűleg elhalványul a jelenleg egyeduralkodóként viselkedő biológiai-nozológiai paradigma (ill. mint már látható, ezen belül előtérbe kerül a személyiségzavarok, ill. a betegségtani kategóriák mögött álló affektív szabályozó rendszerek szerepe, és mivel ma már kezd elfogadást nyerni a pszichoterápiás hatások lehetősége – jellemző módon, azért, mert e hatás mutatkozik az agyi képzőanyag elváltozásai tükrében, ill. e hatásokra a ma használt gyógyszerekhez ill. az azok célpontjába került neurotranszmissziós ágensekhez hasonló molekulák termelődnek vagy szabadulnak fel az agyban... – jobban felismerhetővé válnak majd a placebohatások, szuggesztív tényezők, nonspecifikus társaslélektani effektusok stb., amelyek a jelenlegi eredményekben – pl. a Gotland-típusú megközelítésben, a depressziókezelésben stb. – megnyilvánulhatnak).

Várhatóan felgyorsulnak majd a paradigmaváltások, és ez hasznos, mert minden új felfogásrendszer új ismereteket hoz és már csak a kihívása nyomán is fejleszti a kutatásokat és a megelőzési próbálkozásokat.

Jelentkezhetnek új paradigmák is. Ősidők óta ismert az öngyilkosságnak az a változata, amelyet Durkheim altruistának nevezett, vagyis amikor emberek olyan közösségért áldozzák fel magukat, amelyek társadalmi önazonosságuk bázisát képezik. Ilyen esetek folyamatosan ismertté válnak, gondoljunk a vietnami buddhista papokra, akik tiltakozásul elégették magukat, vagy Jan Palachra (akinek nyilvánvalóan ők adtak mintát), ill. a közelmúlt öngyilkos merényleire. Amikor ezeket a sorokat írom, éppen a New Yorkban és Washingtonban bekövetkezett szörnyű terrortámadások hetében vagyunk, és az elmúlt napok eseményei sajnos lehetővé teszik, hogy néhány év múlva ezzel a sajátos öngyilkossági kategóriával ki kell egészülnie az éppen aktuális értelmezési paradigmá(k)nak, és ezt éppúgy a szuicidiummal együtt kell tárgyalnunk, mint most már az eutanáziát (amelyben most még az esetek többségében érvényesül az illető személy akarata, ill. mentalitása, amelyet családja érvényesít, tehát a Shneidman által leírt kiterjesztett öngyilkossági szindróma tízfajta ismert közös tényezője, az élet „értelmének” és „méltóságának” individualizált felfogása, a szenvedés minden áron való kerülése stb.).

Változnak tehát a dolgok, és ez az öngyilkosság területén új társadalmi jelentés konstrukciókkal jár, a tudományban új megközelítésmódokkal, új ismeretekkel, és talán most majd először tényleges megelőzési eredményekkel is. Ezt szeretné ez a kötet új kiadásában is szolgálni. Mindezekről talán azért is érdemes szólni, mert a kötet első tanulmányai azt a korszakot tükrözik, amikor az öngyilkossággal nem illett (és sok vonatkozásban nem volt szabad) foglalkozni, ideologikus okokból (mert a jelenség árnyat vethetett volna a szocializmus szentképpé formált arculatára), és akkor kiállásnak és figyelemfelkeltésnek számítottak. Ezek a most hozzátett gondolatok is be kell töltsék ezt a funkciót is, képviseljék a kutatás és a szakirodalmi viták szabadságát.

I. RÉSZ ÖSSZEFOGLALÓ ÍRÁSOK

Az öngyilkosság

I. Társadalmi tényezők, statisztikai adatok

Mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint *öngyilkosságot* követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget. Az öngyilkossághoz három kritérium tartozik:

1. a meghalás tudatos szándéka;
2. egy módszer képze, amely módszer alkalmas az élet kioltására;
3. e módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Öngyilkossági kísérletről beszélünk, ha valaki a meghalás, az öngyilkosság szándékával károsítja saját szervezetét, de ennek következtében nem hal meg. Az öngyilkosság három meghatározó jegyéből következik, hogy a kísérlet négy körülmény – vagy ezek kombinációja – miatt lehet sikertelen:

1. a meghalás szándéka nem elég erős vagy nem egyértelmű;
2. az öngyilkosság módszere nem, vagy nem eléggé hatékony;
3. az öngyilkossági cselekedet hibás vagy inadekvát;
4. a halál bekövetkezése előtt külső segítség – amelyet többnyire orvosi beavatkozás is kísér vagy követ – a szervezet károsodását megakadályozza, megállítja vagy megszünteti.

Mivel az öngyilkossághoz és annak kísérletéhez *szándék és tudatosság* kell, az öngyilkosság *sui generis* emberi jelenség, még a legmagasabb rendű állatok körében sem található meg. Annál gyakoribb viszont az emberek között. Öngyilkosság előfordulásáról már a legrégebb civilizációkban is tudunk. Az ókor nagy kultúráiban már nem volt ritkaság. Már ekkor is ismertek és tipikusak voltak azok az emberi problémák, amelyek hatására egyesek megölik magukat. Súlyos megszégyenülés, a szeretett társak vagy családtagok elvesztése vagy a biztos halál tudata gyakran váltott ki öngyilkosságot. A Bibliából ismeretes Saul király öngyilkossága, aki – mikor látta, hogy ellenségei, a filiszteusok körülfogják – előbb szolgáját kérlelte, hogy ölje meg, majd ennek habozását látva kardjába dőlt. Sámuel első könyve szerint Saul attól tartott, hogy a filiszteusok megszégyenítik és úgy ölik meg (.....,keresztülszúrjanak engemet és gúnyt űzenek belőlem” – Sam. I. 31. 4.). Elveszettnek hitt fia miatti bánatában tengerbe ugrott és meghalt Aegeus athéni király, mitológiai alak, akiről később a tengert elnevezték. Az erőszakos halál elől menekülve maguk végezték be életüket a római proscrip-

tiók áldozatai. Seneca, a híres ókori bölcs maga vágta fel ereit, amikor nyilvánvalóvá vált, hogy Nero meg akarja öletni. Már ekkor megjelent az öngyilkosság, „okai” között a szenvedélyes szerelem, Dido királynő pl. megölte magát, amikor Aeneas elhagyta.

Az ókorban nemcsak az öngyilkosság vált gyakorivá, hanem elméleti problémaként megjelent a filozófiában is. Ettől kezdve szinte minden filozófiai emberkép és etikai tan foglalkozik vele. A filozófusok általában furcsa paradoxont látnak benne, az élethez való egyetemes emberi ragaszkodás kontrasztjában nem tudnak magyarázatot találni rá. A középkor vallásos szemlélete a bűn és a tilalom kategóriáiba helyezi, az ördög befolyásának tulajdonítja. A középkor egyháza az öngyilkost nem temeti el, az öngyilkosságot megkísérlőre pedig a vallás által befolyásolt jogrend gyakran büntetést mér. A renaissance, majd a felvilágosodás korában újra filozófiai kérdés; a 19. század elejére már óriási irodalom foglalkozik vele. E század közepére az európai államokban már fejlett a statisztikai adatfeldolgozás és az adatszolgáltatás; kialakul az ún. *morálstatisztika*, amely a bűnözés és a házasságon kívül született gyermekek adatain kívül regisztrálja az öngyilkosság tényeit és foglalkozik az öngyilkosság gyakorisági sajátosságaival is (*Wagner, Oettingen* stb.). A múlt század utolsó évtizedeire már igen jelentékeny az olyan közlemények száma, amelyek nemcsak elméleti fejtegetéseket tartalmaznak, hanem az öngyilkosság statisztikai adatait is elemzik. Elsősorban francia és olasz szerzők foglalkoznak e kérdéssel. Néhány alapvető monográfia ebben a korban lát napvilágot, ezek a modern öngyilkosság-kutatás előfutárai (*Brierre de Boismont* 1856; *Morselli* 1879; *A. Legoyt* 1881 stb.). E vizsgálatok és publikációk lerakták az alapjait annak az elméleti integrációnak, amely *Emile Durkheim* francia szociológus munkájával kezdődött meg.

Durkheim 1897-ben adta ki könyvét az öngyilkosságról. Ez a kötet nemcsak az öngyilkosság szempontjából nagy jelentőségű, általában ezt a munkát tekintik a modern szociológia egyik kiindulópontjának is. *Durkheim* statisztikai adatokat hasonlít össze. Először megvizsgálja a kor öngyilkosság-elméleteit a statisztikai adatok tükrében. Kimutatja, hogy az öngyilkosság nem függ össze faji és kozmikus tényezőkkel, és nem magyarázható – csak az esetek viszonylag kis részében – pszichopatológiai állapotokkal vagy utánzással. A statisztikai adatok virtuóz elemzésével az öngyilkosságok gyakoriságát *három társadalmi áramlat* összegezett következményének mutatja be; mind-egyik áramlat más mechanizmusokon át vált ki öngyilkosságot, más *típusú* öngyilkosságot termel. Kimutatja, hogy az öngyilkosságok egy része a *társadalmi integráció* lazulásának hatására jön létre. Társadalmi integrációnak azt

a szabályozó erőt nevezi, amit a család, a vallási vagy a politikai közösség gyakorol az egyénre. Ha az egyén e szabályozó erők befolyása alatt él, ez életét vezérli, annak célt és értelmet ad. Ha ebből kiszakad, pl. individualizáció vagy a hagyományos emberi kötelekekből való másfajta kilépés révén, nagyobb a valószínűsége annak, hogy kóros lelkiállapotok lépnek fel benne, búskomor lesz, értelmetlennek érzett életét öngyilkossággal fejezi be. Statisztikai adatokkal bizonyította, hogy pl. a családban élők öngyilkossági gyakorisága alacsonyabb, mint az elváltaké, özvegyeké vagy a nem házasoké; igazolta, hogy a katolikus vidékeken az öngyilkosság sokkal ritkább, mint protestáns területeken. *Morselli* nyomán ezt az öngyilkosságfajtát, amit a társadalmi integráció csökkenése okoz, *egoista* típusnak nevezte, mivel szerinte a társadalmi integráció csökkenésével az egyén csak magával törődik, saját céljaival foglalkozik, keveset törődik másokkal és a társadalmi követelményekkel.

A társadalmi integráció igen erős is lehet, és ezáltal is kiválthat öngyilkosságot. A nagyon erős kollektív kötésben élő társadalmak kialakítják tagjaikban a hajlandóságot, hogy feláldozzák önmagukat a közösségért. Ez a hajlandóság egyszerűbb társadalmakban gyakran megfigyelhető. De fejlettebb társadalmakban is sokan áldozzák fel magukat valamilyen közös ügyért. A túlzott társadalmi integrációval magyarázza *Durkheim* a katonák szabályszerűen nagyobb öngyilkossági gyakoriságát (ez egyébként érveléseinek egyik leggyengébb pontja). A nagyfokú társadalmi integráció okozta öngyilkosságokat *altruista* öngyilkosságoknak nevezte, mintegy az egoista típus ellentétéként.

Legérdekesebb a harmadik, az ún. *anómiás* típus. *Durkheim* felfigyelt arra a tényre, hogy a gazdasági változásokat az öngyilkossági gyakoriság statisztikai változásai kísérik. Gazdasági válság vagy fellendülés egyaránt növeli az öngyilkosságok számát. Szerinte az ember akkor van lelki egyensúlyban, ha szükségletei és vágyai összhangban vannak a kielégítésükhöz rendelkezésre álló eszközökkel és lehetőségekkel. A gazdasági változás ezt az összhangot bonthatja meg – és ezzel együtt a lelki egyensúlyt is – egy csomó ember számára; vagy az eszközök és a lehetőségek válnak hirtelen elérhetetlenné (válság) vagy pedig a vágyak és szükségletek szaladnak túl az egyébként kedvező lehetőségeken (fellendülés). *Durkheim* szerint ilyenkor egyfajta társadalmi szabályozás szenved zavart, meglazulnak a normák, a szokás és az erkölcs biztos törvényei, létrejön a társadalom *anómiás* (normátlan – *nomos* ugyanis görögül törvényt, szabályt jelent) állapota. *Durkheim* szerint az öngyilkossági statisztika görbájének hullámváltozásaiért elsősorban az anómia különböző foka, az anómiás öngyilkosságok változó száma felelős.

Durkheim még az öngyilkosság társadalomlélektanáról is tett megállapításokat. Az öngyilkos cselekményt szerinte más érzelmi állapotok kísérik a különböző típusokban. Az egoista öngyilkosságban az apátia, az altruistában a szenvedély vagy az akarati energia átélése, az anómiásban pedig az elkeseredés és az undor uralkodik. *Durkheim* feltételezte a vegyes öngyilkosság-típusok létezését is.

Ez a monumentális munka az öngyilkosság kutatását szociológiai feladattá tette. Egészen századunk ötvenes éveig a durkheimi gondolati hagyomány alapján a szociológusok – akik pedig esetleg sohasem láttak közletről öngyilkos embert – többet és lényegesebbet tudtak mondani az öngyilkosságról, mint a pszichológusok vagy az elmeorvosok, annak ellenére, hogy már a múlt század elejének-közepének említett közleményeiben is vitathatatlán tétel volt, hogy minden egyes öngyilkosság egyéni lélektani esemény, amelynek élményhátere, oki összefüggésrendszere az illető ember egyéni sajátosságaiból és élettörténetéből érthető meg. A korabeli pszichiátria (lélektanról ekkor még alig lehet beszélni) azonban az egyéni momentumot túlhangsúlyozta, és nem jutott túl az esettanulmányokon, az öngyilkossági kísérlet után életben maradtak vizsgálatán, ami egyébként hasznos, ma is alkalmazott megközelítési módja a kérdésnek. A szociológusok ezt a hasznosságot nem vonták kétségbe, de a teljesen egyéni megközelítést kevésnek tartották. Hangoztatták – *Durkheim* érveit idézve –, hogy konfliktus, indulat, szenvedély vagy szükség minden öngyilkosságban felfedezhető, mint ahogyan az életben általában is gyakori; az öngyilkosságot megkísérlő nem tud mást mondani, mint ezekre hivatkozni, tettét elviselhetetlen helyzetéből való *menekülési kísérlettel* magyarázni. A gyakran banális tudatos motivációk mögött azonban mélyebb összefüggések rejlenek, amelyeket maga az öngyilkos sem tud. Ezeket a szociológusoknak kell feltárni a gyakorisági adatok és a különféle társadalmi csoportok életfeltételei, életkörülményei közötti kapcsolat elemzésével. Míg a korabeli elmekörtan fő problémája az öngyilkossággal kapcsolatban az volt, hogy tekinthető-e minden öngyilkosság elmezavarnak (ekkor terjedt el a közgondolkodásból ma is kiirthatatlan „pillanatnyi elmezavar” fogalma, mint jól hangzó, látszólagos oki magyarázat, mint ahogyan a neves elmeorvosok – pl. *Esquirol*, *Moreau de Tours*, *Bourdin* stb. – állították, a szociológusok azt a társadalmi specifikumot keresték, amely az emberi problémákat éppen az öngyilkosság felé terelik.

Durkheim után tanítványa, *Halbwachs* francia szociológus úgy magyarázta az öngyilkosságot, hogy különböző társadalmi csoportokban eltérő az olyan élethelyzetek valószínűsége, amelyeket az emberek nagy hányada nem tud el-

viselni, amelyekre öngyilkossággal reagál. *Durkheim* adatait átértékelve a jellegzetes gyakoriságú hányadosokat egy-egy ilyen különálló társadalmi csoporthoz tudta csatolni. Szerinte nemcsak az élethelyzetek gyakorisága más, hanem más a nekik tulajdonított emocionális jelentőség is az egyes csoportokban, ennek is szerepe van az öngyilkosságok gyakoriságában. *Halbwachs* elméletét az öngyilkosság *szubkulturális* teóriájának nevezik a szociológusok, mert meghatározott társadalmi csoportok belső miliójét és normáit a szociológiai szóhasználat a *szubkultúra* (pontos fordításban quasi „alkultúra”) fogalmával fejezi ki (*Halbwachs* 1930, *Douglas* 1967).

Számos amerikai szerző – *Durkheim* és *Halbwachs* nyomdokán – úgy járt el, hogy egyes városnegyedek öngyilkosság-gyakorisági adatait hasonlította össze, és ezeket a városnegyedek életmódbeli sajátosságaival igyekezett összefüggésbe állítani. Ezt a megközelítést nevezik *ökológiai* kutatásnak (*Douglas* 1967). *Durkheim* anómia koncepcióját *Merton* amerikai szociológus a harmincas évek végén módosította, és ezzel az öngyilkosságnak is új értelmezési lehetőséget adott. *Merton* szerint (*Clinard* 1964, *Merton* 1957) az anómia nem egyszerűen az egyéni vágyak és igények szabályozatlansága, hanem egyfajta ellentét a társadalmi szerkezeteken és a kultúrán belül. Szerinte a társadalom bizonyos célokat és igényeket kitűz tagjai elé, ezeket hirdeti, mintegy előírja, ugyanakkor tagjai számára nem ad lehetőségeket, módokat ezek elérésére. A célok és az elérésükhöz szükséges eszközök diszkrepanciája különösen a társadalom egyes rétegeit sújtja. Ezekben az emberekben megnő a személyiségük belső feszültsége, majd ennek késztetésére valamilyen reakciót adnak a nehezen tolerálható helyzetre, többnyire olyan reakciót, amely a társadalmi szabályoktól eltérő, elhajló – ún. *deviáns* – viselkedésmód. Az öngyilkosság egyike ezeknek. *Merton* tehát új értelmezésben hozta vissza *Durkheim* öngyilkosságfogalmát, az öngyilkosságot ennek alapján más deviáns magatartásformákkal, így pl. pszichopatológiai állapotokkal, bűnözéssel stb. kapcsolatban magyarázza. Ez a magyarázat pedig jogosultnak látszik, hiszen már *Durkheim* is konstátálta, hogy az öngyilkosság statisztikailag összefügg elmeógyógyászati kórképekkel, alkoholizmussal, bűnözéssel (pl. sok bűnöző menekül tettének elkövetése után öngyilkosságba), a korrelációkat azonban nem tudta egységes elméleti keretbe vonni, így pl. az elmeorvosi összefüggéseket könyvének „társadalmon kívüli tényezők” című részében tárgyalta. Ma már egyre elfogadottabb, hogy ezek a tényezők etiológiájukban távolról sem „társadalmon kívüliek”.

A szociológiai elméletek különösen a második világháború után bontakoztak ki. Az újabb elméleti modellek már a modern szociológia fogalmi appará-

tusát használták fel. Státus a szociológiában a személyiségnek minden (Gibbs 1968) olyan szabályszerű, jellegzetes helyzete, amelyet a társadalmi szerkezetben vagy a társas kapcsolatokban betölt. Státus pl. a házassági állapot, az állás a munkahelyen stb. Gibbs és Martin szerint minél inkább kötődik egy személyiség egy társadalmi státushoz, minél integráltabb azzal, annál kisebb számára az öngyilkosság valószínűsége. Gibbs és Martin eme, ún. *státus integrációs* elmélete (1964) is lehetővé teszi Durkheim reinterpretációját, és választ ad a szuicidium-gyakoriság különféle variációira.

A *státusokból való kiszakadás* általában hajlamosít az öngyilkosságra, ezt fejezik ki egyéb elméletek is, mint pl. Sainsbury (1955), Powell (1968), majd Breed (1963) teóriája. Ez utóbbi szerzők szerint a státusváltozás általában növeli az öngyilkosság valószínűségét, kb. olyan módon, ahogyan Durkheim az öngyilkosság egoista típusának mechanizmusát megírta. Ez magyarázatot ad a társadalmi ranglétrán felfelé vagy lefelé haladó egyének (az ún. mobilitásban levő személyek) nagyobb öngyilkossági gyakoriságára is.

Érdekes, specifikus öngyilkosságelmélet Henry és Short felfogása (1954). Szerintük az ember törekvéseinek megghiúsulása, *frusztrációja*, ha mennyiségben növekszik, növeli az *agresszív indulat* erejét. Az agresszió vagy gyilkosságra vagy öngyilkosságra serkent. Az agresszív indulat irányulását az szabja meg, hogy az egyén kit tart felelősnek frusztrációjáért. Henry és Short szerint ez attól függ, hogy a társadalmi környezetben az egyén erős külső kényszer hatása alatt áll-e vagy nem. Ha a külső társadalmi kényszer erős, akkor az agresszió kifelé vetül, ha viszont gyenge, az egyén a maga megghiúsulásaiért önmagában keresi a hibát, agresszióját maga felé fordítja. Henry és Short elmélete is, mint a többi említett koncepció, jó magyarázat bizonyos statisztikai összefüggésekre, de nem ad magyarázatot az öngyilkosság minden statisztikai szabályszerűségére. Maga az elmélet is tartalmaz kétséges tételeket, pl. nem bizonyítható, hogy a külső kényszer – amelynek fogalmi meghatározását is elég nehéz egyértelművé tenni – az agressziót valóban kifelé, a másik ember felé tereli-e. Henry és Short elmélete összhangban van Merton anómia-elméletével, ugyanúgy alternatívának fog fel két deviáns magatartásformát, mint ahogyan Merton is az egyes elhajló viselkedésmódokat a társadalmi feszültség alternatív kifejeződési lehetőségeinek tartotta.

Henry és Short elméletével, amely az ötvenes évek közepén került nyilvánosságra, új szempont jelent meg a szociológiai öngyilkosságelméletekben. Durkheim, és nyomában az említett szerzők egy-egy adott társadalmi állapot befolyását keresték az öngyilkosság gyakorisági viszonyaira, tehát mintegy az oki összefüggések keresztmetszeti képét adták. A társadalmi hatásokat

csak az öngyilkosságot közvetlenül megelőző korszak lelki terheinek okai-ként vizsgálták. *Henry* és *Short* vetette fel először, hogy a személyiség fejlődési folyamatában már *sokkal előbb*, esetleg a *gyermekkorban* érvényesülnek olyan társadalmi hatások, amelyek *később* szerepet kapnak majd az öngyilkosságban. Elméletük szerint ugyanis az öngyilkosság gyakoriságát nemcsak a frusztráció mértéke határozza meg, hanem az agresszió levezetődésének módja is, amely a személyiség fejlődése során alakul ki (a feltételezett „külső kényszer” befolyására), társadalomtípustól, társadalmi állapotoktól, kultúrától függően. A meghatározó tényező tehát a személyiségben is rejlik, és ez ugyanakkor – történeti vetületben nézve – szociális is.

Ezt a szempontot még következetesebben alkalmazta *Gold* elmélete (1958, Douglas 1967), amely abból a tényből indult ki, hogy a legtöbb társadalomban az alsó rétegekben az öngyilkosság gyakorisága alacsony, míg a felső, kivált-ságos rétegekben magas. *Gold* szerint a környezet, a szubkultúra függvénye, hogy az agresszió levezetését a személyiség hogyan tanulja meg. Az alsó rétegek tagjait szubkultúrájuk az agresszió kifelé fordítására tanítja (*szocializálja*, hogy a szociológiai műsót használjuk, amelyet *Gold* is használ), ezzel szemben a felső rétegekben az agresszió általában gátolt, befelé fordul. Ezért van az említett statisztikai tény, szabályszerűség, az alsó rétegekben a gyilkosság gyakori, az öngyilkosság ritka, a felsőkben fordítva. *Gold* elmélete is számos statisztikai és klinikai tényt nem tud magyarázni, gondolatmenetében a legfigyelemreméltóbb, hogy a társadalmi hatást már nemcsak epizodikusnak, közvetlennek értelmezi, hanem elsősorban folyamatszerűnek, mégpedig a személyiségfejlődésben érvényesülőnek.

Így azután a szociológiában is világossá vált a személyiség nagy jelentősége az öngyilkosságban. A személyiség lényegében társadalmi termék, különféle lélektani sajátosságai társadalmi hatásokra alakulnak ki és szilárdulnak meg, mindezen tényezők szociológiailag vizsgálhatók, de ehhez kell a személyiség és a rá ható emberi, társas folyamatok behatóbb pszichológiai ismerete is.

Itt kanyarodik vissza a szociológiai öngyilkosság-kutatás a lélektanhoz és a szociálpszichológiához, amelytől egy időben elszakadt. Itt kapcsolódnak be a modern vizsgálatok, amelyek a szociológiai nézeteknek szubsztrátumot, hangsúlyt, értelmezési lehetőséget, helyenként kritikát, de csaknem minden szempontból továbbfejlődési, kibontakozási lehetőséget adnak. A további megértéshez azonban szükséges az öngyilkosság *társadalmi megjelenésének, statisztikai adatainak* rövid ismertetése.

*

Az öngyilkosok száma általában kifejezhető abszolút számokban. Egy-egy országban az öngyilkosságok évi előfordulása néhány ezerre tehető. A statisztika az abszolút számok mellett szívesen használ viszonyszámokat is, leggyakrabban – már a múlt század közepe óta – a százezer lakosra számított évi öngyilkosság-halálozás viszonyszámát. Ha a további statisztikai bontásoknál a csoportképző kritérium valamilyen felnőttiséggel összefüggő állapot (pl. családi állapot, foglalkozás stb.), akkor szokták az öngyilkosság gyakoriságát százezer 15 éves és 15 éven felüli lakosra vonatkoztatni. E viszonyszámot könnyen lehet összehasonlításra használni, ennek alapján egyes évek, országok vagy egyéb egységek gyakorisági viszonyai közvetlenül összevethetők. Már *Durkheim* is hangsúlyozta, hogy fejlett statisztikai adatszolgáltatással rendelkező országokban az évi öngyilkosság-gyakoriság viszonylagos konstanciát mutat, évenkénti eltérése aránylag kicsi. Évtizedek alatt azonban – évi 80–100 halálesettel növekedve – az eltérés jelentékennyé is válhat. Általában már a múlt század során is a legtöbb országban az öngyilkosság gyakoriságának lassú, egyenletes növekedése volt megfigyelhető. Így *Durkheim* adatai nyomán tudjuk, hogy Franciaországban az évi öngyilkosság-halálozás az 1841-es 2814-ről 1869-re 5114-re nőtt, Poroszorszáé ugyanebben az időszakban 1630-ról 3544-re, Dániáé 337-ről 462-re stb. Százezer lakosra számítva 1874 és 1878 között az öngyilkosságok gyakorisága (az öngyilkossági arányszám) 3,8 volt Olaszországban, 6,9 Angliában, 13 Ausztriában, 16 Franciaországban, 25,5 Dániában stb. Legmagasabb volt az arányszám Szászországban: 33,4 (26–43. old.). *Durkheim* megállapította, hogy az évi növekedés ellenére az egyes országok egymástól való távolsága a gyakorisági ranglistán általában azonos marad. Észlelte, hogy a statisztikai adatszolgáltatás javulása általában az öngyilkosságok számának növekedésével jár, ezért csak a fejlettebb országok adatai a megbízhatóak, amelyek relatíve azonos feltételek között gyűltek össze. A régi statisztikusok számos olyan statisztikai szabályszerűségét fedezték fel az öngyilkosságnak, amire nehéz magyarázatot adni, pl. azt, hogy csaknem mindenütt – ha az öngyilkosság gyakoriságát hónapokra felbontjuk – az év első hat hónapjában a gyakoriság egyenletesen növekszik júniusig, majd egyenletesen csökken. Ugyanígy szabályszerűen gyakoribb az öngyilkosság a férfiak között, mint nők között, az özvegyek és elváltak között, mint a házasok között (ez némi magyarázatot kap *Durkheim*nél a társadalmi integráció gondolatával) stb. Konstancia mutatkozik az öngyilkossági módszerek alkalmazásának százalékarányaiban is apró változásokkal, amelyek csak hosszabb évsorokban nőnek tetemesen.

Általában az öngyilkosság gyakorisága a világ országaiban a századfordulóig viszonylag egyenletes növekvő tendenciát mutat az arányszámok tükrében, majd századunkban a növekedés kisebb-nagyobb ingadozásokkal folyik, ezen belül azonban egyes országok különleges helyzetet foglalnak el, néhány országban csökkenés is kimutatható. Az Egyesült Államokban pl. az öngyilkossági arány 1900-ban 10 volt 1903-tól egyenletesen növekedve 16,5-re emelkedett 1916-ig kisebb ingadozásokkal ezen érték körül maradt, majd 1920-ig csökkenve 10,9 lett, 1921-ben 13,2, ekörül maradt 1925-ig, majd 1931-re 18,3 lett (Dublin 1933, 1963). Hasonló változások után 1959–61-ben az átlag 10,6, majd 1966-ban 10,9. A húszas években általában több országban a növekedés volt a domináns, így pl. Japánban, Ausztriában, Svájcban stb. Különösen Ausztriában volt nagyarányú az emelkedés, ahol 1919-től 1930-ig egyenletesen haladt. 1920-ban az említett arányszám Ausztriában 21,8 volt, ez 1930-ra 39,9-re nőtt. Svédországban és más országokban ugyanekkor csökkenés volt megfigyelhető (KSH 1965, 1967). 1959 és 1966 között a világ országaiban a gyakorisági arány viszonylag állandó volt, kisfokú növekedés volt megfigyelhető Lengyelországban (7,9-ről 10,7-re), Bulgáriában, NSZK-ban stb. A WHO összesített adatai az 1955 és 1966 közötti időszakra is azt tükrözik, hogy a változás a halálozási arányban viszonylag kicsi volt, Japán, Svájc és Dánia arányszámaiban csökkenés, Magyarország, Ausztrália és Kolumbia adataiban pedig növekedés észlelhető. A WHO az öngyilkosságot a stagnáló gyakorisági adatok ellenére is növekvő súlyú problémának fogja fel. Ha ugyanis az öngyilkossági halálozást egyéb halálokokkal összefüggésben szemléljük, akkor a statisztikai adatok szerint 8 ipari államban a 15 és 45 év közötti korosztály harmadik leggyakoribb haláloka (Kanada, Ausztria, Dánia, Finnország, NSZK, Magyarország, Svédország, Svájc), számos országban pedig a negyedik. Új trendek is mutatkoznak a gyakoriságban, a WHO adatok szerint a fiatal nők körében az öngyilkosság gyakoribbá válik (WHO 1968).

Az öngyilkossági statisztikák tanulságai – különösen a gyakorisági változások elemzése – érthetővé teszik a szociológusok buzgalmát, hogy a változásokat társadalmi mozgásokkal hozzák összefüggésbe. Ha a változások adataira rávetítjük a század történelmi eseményeit, számos érdekes értelmezési lehetőség adódik. Alapvető probléma azonban a kiindulási adatanyag bizonytalansága, amelyre már a múlt század közepe óta a kutatók ismételten felhívják a figyelmet, azonban a modern szociálpszichológia és szociológia még inkább hangsúlyoz és bizonyít (22). Az öngyilkosság tényének megállapítása *következtetésen* alapul, vagy a halál módja vagy a meghalt hátrahagyott búcsúlevele vagy pedig hozzátartozói, környezete beszámolója ad felvilágosítást. Ezek bizonytalanok lehetnek. Számos baleset mögött öngyilkosság rejtőzhet. A legtöbb országban az öngyilkosság dehonestáló a környezet számára. Ennek mértéke kü-

lönböző. Egyes helyeken kár is származhat belőle. Dehonesztáló lehet vallási vagy közösségi okokból vagy különféle lélektani helyzetek miatt. Káros lehet azért, mert az életbiztosítást öngyilkos halálesetre nem fizetik ki. Ez arra vezet, hogy a környezet igyekszik félrevezetni az öngyilkosságot megállapító hatóságot. Ma még nem tudni, hogy az ilyen leplezésnek mekkora a torzító hatása a statisztikákban. Arról már kezd gyűlni az ismeretünk, hogy a balesetek mögött megbújó öngyilkosságesetek hányada kb. mekkora, mivel Amerikában ma elterjedt – kutatási célokból – az ún. „lélektani boncolás” (psychological autopsy), ennek során a vitás vagy gyanús haláleseteket öngyilkosság-szakértők különös gondossággal vizsgálják meg és elemzik (27, 28, 69).

De egyéb okok miatt is problematikus az öngyilkosságok értelmezése a statisztikai adatokból. Igen nehéz egy adott terület, kultúrkör vagy ország teljes öngyilkosság-halálózását összefogni a nagyarányú *migráció*, valamint a századunkban olyan gyakori *totális társadalmi katasztrófák, összeomlások* miatt, amilyenek a nagy háborúk, a népirtás, a véres polgárháborúk és belvillongások, nagy politikai krízisek stb. Ilyenkor a lakosság szóródik, instabil és gyökerüket veszített emberek ilyenkor esetleg más ország gyakorisági adatait szaporítják, holott etiológiailag öngyilkosságuk szülőföldjük miatt van. Nincs adat erre, de feltételezhető pl., hogy a húszas évek kimagasló ausztriai öngyilkosság-gyakoriságában számottevő lehetett az a tény, hogy Ausztria akkoriban különféle emigrációk központja volt, és számos olyan német ajkú ember hazája lett, aki azelőtt a monarchia más részében élt. Ezenfelül a társadalmi krízisek idején romlik az adatszolgáltatás. Háborúban különösen, de békében is, nem lehet tudni a katonaság öngyilkossági viszonyait, ez részben ismeretlen, részben a hadseregek politikai okokból hétepcsétes titokként szokták kezelni. Nem lehet tudni, hogy a háborúk általában hogyan hatnak a modern körülmények között az öngyilkosságra, egyáltalán nem biztos, hogy most is csökkentően, mint ahogyan pl. a múlt század háborúiban a statisztikai kimutatások alapján feltételezték. A világon mindenütt ismerik a koncentrációs táborok egyik szörnyű fényképdokumentumát, egy magasfeszültséggel töltött szögesdróton kapaszkodó sovány férfifogoly holttestének képét; vajon ki tudja, közülük hányan lettek öngyilkosok és hányan estek a kegyetlen külső agresszió áldozatául?

Nehéz az öngyilkossági statisztikák értelmezése azért is, mert logikailag – mind a lélektani, mind pedig a szociológiai gondolkodás szerint – az öngyilkossághoz hozzátartoznak a kísérletek is. Ezeknek leleplezése pedig, az életben maradt öngyilkosjelölt aktív segítségével, még könnyebb, még elterjedtebb. Erről is vannak bőven statisztikai adatok, ezeknek megbízhatóságát azonban senki sem fogadja el. A hivatalos adatok általában 3–5-ször gyakoribbnak mutatják az öngyilkossági kísérletet, mint a sikeres öngyilkosságokat, vannak azonban speciális, szűrővizsgálatszerű felmérések (pl. Ringel 1969, Stengel 1964, Stengel és Cook 1958 stb.), amelyek szerint 8–10-szer gyakoribb a kísérlet. Látni fogjuk, hogy vannak elméletek az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkosságok jelenségtani különállására vonatkozóan, de

azt a körülményt mégis nem lehet kizárni, hogy az öngyilkosságok meghíúsulása legalábbis jelentős mértékben független az öngyilkossághoz vezető oki tényezőktől és motivációktól. A *medicina állandó fejlődése* egyre több, korábban a halálozási statisztika adatait növelő esetet tart életben és juttat az „öngyilkosság” rubrikája helyett az „öngyilkossági kísérlet” kategóriájába. Nem ismeretes olyan statisztika – érthetően, még speciális kutatások nyomán is aligha lehetséges ezt megállapítani –, amely mutatná, hogy az orvosi beavatkozás eme, az öngyilkosság ellen ható tényezője mekkora, milyen súlyú.

II. Hazai statisztikai adatok, általános társaslélektani szabályszerűségek

Amióta statisztikai adataink vannak, Magyarországon az öngyilkosság mindig gyakori volt. A magyar öngyilkossági adatok a következő kivonatos táblázatban foglalhatók össze (ld. túldaldt). A táblázatban jól láthatók a gyakorisági viszonyok ingadozásai, de mutatkoznak a statisztikai megközelítés problémái is. A háborús években változott a lakosság száma és összetétele a visszacsatolt vagy elfoglalt területek miatt. A lakosság egy része katona, fogoly vagy deportált volt. Szembetűnő az 1944-es év igen magas arányszáma, ez nehezen értelmezhető a statisztikai adatszolgáltatások nehézségeinek tudatában.

A magyar statisztikák különféle érdekes szabályszerűségekre is rámutatnak. Az öngyilkosok közel 70%-a férfi. 1967-ben a férfiak aránya 70,1% volt, az előző évekhez viszonyított gyakorisági növekedést kizárólag a férfi öngyilkosok számának szaporodása adta. Az öngyilkosok több mint fele 50 év feletti; az összes öngyilkos 18,5%-a 50-59 éves korcsoportban van, 16,8%-a 60-69 évesben, 15,8%-a pedig 70 év feletti (1966-67). Az adatok szerint 1963 és 1965 között a 30-39 éves férfiak korcsoportjának öngyilkossága növekedett meg, 1966-67-re pedig a 40-49 éves korcsoport (ebben a korcsoportban egyharmaddal több férfi lett öngyilkos, mint az előző években). Kimutatható, hogy az öregek öngyilkossága növekszik, ez azonban összefüggésben van az öregek számának és népességbeli arányának növekedésével. A kormegoszlás szerint standardizált öngyilkossági arányszám mutatja, hogy az egész népességre vonatkoztatott gyakoriság növekedésének közel egyharmadért az öregek számbeli növekedése számítható be.

Hosszú idő óta az öngyilkosságok nálunk is fokozatosan gyakoribbá váltak – havonként – az év első hónapjaitól kezdve, mint *Durkheim* korában; nálunk viszont a maximum nem júniusban, hanem májusban van. Januárban a legkevesebb az öngyilkosság. 1966-67-ben a hét napjai közül hétfőn követték el a

Az öngyilkosság

legtöbb öngyilkosságot. Állandóság mutatható ki az öngyilkosság elkövetési módjában: leggyakoribb az önakasztás (a férfiak szuicidiumaiban 59,6%-a, nőknél 33,9%-a a sikeres eseteknek), ettől messze elmaradnak a többi módok. Utána közvetlenül a gázmérgezés, majd a gyógyszer- és kábítószer-mérgezés következik a rangsorban, ezt az egyéb mérgezések, majd a vízbe fulladás követi.

Év	Öngyilkosságok száma	Százezer lakosra számított arányszáma
1920	1945	24.5
1925	2443	29.4
1930	2680	31.0
1931	3000	34.4
1932	3083	35.1
1933	2808	31.7
1934	2883	32.3
1935	2777	30.9
1936	2764	30.6
1937	2886	31.7
1938	2684	29.3
1939	2611	(23.6)
1940	2722	(24.6)
1941	3248	(23.8)
1942	3544	(24.1)
1943	—	—
1944	4294	—
1945	3006	33.3
1946	2144	23.8
1950	2074	22.2
1955	2015	20.5
1956	1923	19.4
1957	2134	21.7
1960	2592	26.0
1963	2720	27.0
1964	2903	28.7
1965	3020	29.8
1966	3033	29.8
1967	3150	30.8
1968	3460	33.7
1969	3411	33.1

A többi öngyilkossági módszer az összes esetek néhány százalékát teszi ki csupán. 1966–67-ben nő nem lett öngyilkos fegyverrel, fegyvert vagy robba-

nószert csak a férfiak öngyilkosságainak 4,8%-ában használtak. A magyar adatokhoz általában hasonlítanak a külföldiek is, azonban jelentős különbségek vannak az egyes eszközök elérhetősége tekintetében. Társadalmanként mások lehetnek a könnyen elérhető öngyilkossági módok, mint ahogyan egy-egy országon belül is koronként és területi egységenként különbségek lehetnek a gyakran használt öngyilkossági módszerekben. Tudjuk pl., hogy Magyarországon régen gyakori volt a „gyufaivás” vagy a lúgmérgezés; ma ezeknek a módszereknek helyébe vidéken a permetezőszerek, városokban pedig az altatók és más gyógyszerek alkalmazása lépett. A WHO adatai szerint egyébként a gyógyszerek öngyilkossági célra való felhasználása világszerte terjedőben van, főleg az öngyilkossági kísérletekben.

Hosszú idő óta az öngyilkosságok nálunk is fokozatosan gyakoribbá váltak – havonként – az év első hónapjaitól kezdve, mint *Durkheim* korában; nálunk viszont a maximum nem júniusban, hanem májusban van. Januárban a legkevesebb az öngyilkosság. 1966–67-ben a hét napjai közül hétfőn követték el a legtöbb öngyilkosságot. Állandóság mutatható ki az öngyilkosság elkövetési módjában: leggyakoribb az önakasztás (a férfiak szuicidiumaiban 59,6%-a, nőknél 33,9%-a a sikeres eseteknek), ettől messze elmaradnak a többi módok. Utána közvetlenül a gázmérgezés, majd a gyógyszer- és kábítószer-mérgezés következik a rangsorban, ezt az egyéb mérgezések, majd a vízbe fulladás követi. A többi öngyilkossági módszer az összes esetek néhány százalékát teszi ki csupán. 1966–67-ben nő nem lett öngyilkos fegyverrel, fegyvert vagy robbanószert csak a férfiak öngyilkosságainak 4,8%-ában használtak. A magyar adatokhoz általában hasonlítanak a külföldiek is, azonban jelentős különbségek vannak az egyes eszközök elérhetősége tekintetében. Társadalmanként mások lehetnek a könnyen elérhető öngyilkossági módok, mint ahogyan egy-egy országon belül is koronként és területi egységenként különbségek lehetnek a gyakran használt öngyilkossági módszerekben. Tudjuk pl., hogy Magyarországon régen gyakori volt a „gyufaivás” vagy a lúgmérgezés; ma ezeknek a módszereknek helyébe vidéken a permetezőszerek, városokban pedig az altatók és más gyógyszerek alkalmazása lépett. A WHO adatai szerint egyébként a gyógyszerek öngyilkossági célra való felhasználása világszerte terjedőben van, főleg az öngyilkossági kísérletekben.

A hivatalos statisztika próbálkozik az öngyilkosságok okainak megjelölésével is. Ezt az öngyilkos környezetének kikérdezése vagy a búcsúlevelek alapján állapítják meg, általában egy okra egyszerűsítve a kauzalitást. 1966-1967-ben legtöbbször betegségeket jelöltek meg okként; a férfi öngyilkosok 12%-ában ideg-elmebetegséget, 23,6%-ában szervi betegséget; a női öngyil-

kosok 23,4%-ában tekintették oknak az ideg-elmebetegséget, 30,8%-ában pedig a szervi betegségeket (KSH 1968). Ezt követték olyan okok, mint pl. családi viszály, alkoholizmus (férfiak: 12,9%; nők: 2,5%), bűncselekmény elkövetése, elhagyatottság, szerelmi bánat stb.

Az öngyilkossági kísérleteket Magyarországon a rendőrségnek jelenteni kell. A nyilvántartott öngyilkossági kísérletek száma nő, ez a szám 1959 és 1963 között 5238-ról 9439-re emelkedett (KSH 1964). 1966-ban a bejelentéseket az Egészségügyi Minisztérium intézkedése nyomán komolyabban vették, valószínűleg ez lehetett az oka, hogy egy év alatt 1800-zal, majd 1966-ról 1967-re további 2400-zal nőtt a bejelentett esetek száma. 1966-ban 12.569 ismert öngyilkossági kísérlet történt, 1967-ben 14.983. A kísérleteket elkövetők több mint kétszer gyakrabban nők, mint férfiak (pl: 1967: 4842 férfi és 10.141 nő). A kísérletek módjai között messze vezet a gyógyszeresedés: gyógyszerrel 1965-ben 8439, 1966-ban 10.457, 1967-ben 12.584 öngyilkossági kísérlet történt, ezeknek kb. egyharmadát követte el férfi. 1967 óta az öngyilkossági kísérletek összesített adatairól a KSH még nem adott ki jelentést. Érdekes adat az, hogy az öngyilkossági kísérlet csupán kb. az esetek 2-3%-ában okoz nyolc napon túl gyógyuló sérülést; valószínű, hogy ebben az adatban inkább az egészségügyi ellátás fejlettsége tükröződik, mint az öngyilkossági kísérletek komolytalansága. Az öngyilkosságok statisztikailag rögzített okai között kb. az esetek fele családi viszály, csaknem egyötöde ideg-elmebetegség, de gyakori a szerelmi bánat, a csalódás, és viszonylag gyakori az iskolai probléma (rossz iskolai előmenetel), 1967-ben 413 ilyen esetről tudnak az adatok.

Igen figyelemreméltó még a hazai statisztikák egy érdekes, szabályszerű adata, az a tény, hogy *az öngyilkosságok megoszlása az ország területén az utóbbi hetven év alatt csaknem azonos, állandó*. A legtöbb öngyilkos az ország délkeleti megyéiben van. 1959–1963 között Bács-Kiskun megyében fordult elő a legtöbb öngyilkosság, utána Csongrádban és Hajdú-Biharban; 1966-1967-ben a vezető helyre Csongrád került, Bács-Kiskun és Szolnok követte. Ezzel szemben Győr-Sopron és Vas megye az alföldi említett megyék gyakorisági arányának mindössze kb. 40%-át mutatja. Ez az arány meglepően azonos hosszú időszakon át. Mondhatjuk, hogy az ország térképén a Viharsaroktól északnyugat felé haladva az öngyilkosság gyakorisága folyamatosan csökken. E szabály alól nem kivételek a nagyvárosok sem. Szeged gyakorisági aránya a legnagyobb, ezt követi Budapest, majd Debrecen, Miskolc, Pécs (1966–67-ben). Régebben Debrecen gyakorisága volt a legnagyobb, megelőzte a fővárost is, ez a gyakoriság hosszú időn át csaknem azonos maradt,

míg Szegedé egyenletesen nőtt, kb. 12 év alatt több mint 50%-kal. 1965-ről 1966-ra Miskolc öngyilkossági gyakorisága csaknem megkétszereződött, és 1967-ben is ezen a magas szinten maradt. Ezek igen fontos adatok, ugyanis a változások is és a relatív állandóságok is szociológiai magyarázatot igényelnek, és egyben interpretációra csábítanak is. A változások okát megragadni a társadalmi változások valamelyikében ez idő szerint nem lehetséges. A viszonylagos állandóság és a kiemelt keleti megyék gyakorisági adatai azonban érdekes problémát rejtenek.

Ez a szabályszerűség semmiféle „keresztmetszeti” szociológiai hipotézissel nem magyarázható meg, hiszen a század hetven éve alatt az országban óriási arányú társadalmi változások zajlottak le, a lakosság jelentős hányada lakóhelyet cserélt belső migráció révén, és igen nagy civilizációs és kulturális fejlődés, életmódváltozás következett be, tehát, ha az öngyilkosság gyakorisága tényleg aktuális társadalmi erők befolyása alatt állna (mint ahogyan *Durkheim* és az őt követő szociológusok egy része feltételezte), ennek a sokféle változásnak a gyakorisági adatok, de különösen a gyakorisági megoszlás erőteljes oszcillációjában kellene megmutatkoznia. Az ország területi egységei között a gyakorisági viszonyok állandóságának meg kellett volna változnia ez esetben (feltéve természetesen, hogy a régi és a mostani statisztikai adatfelvétel és adatfeldolgozás rendszere azonos, megbízható, a társadalmi változásoktól független – ez pedig nem bizonyítható). Hasonló szabályszerűség más országokban is kimutatható. Franciaországban pl. az ország térképén egy képzetbeli vonallal Belfort és Nantes között elkülöníthetünk egy északi országrészt, magas öngyilkossági gyakorisággal és egy délit, ahol kevés az öngyilkos. Ez az elkülönülés megvolt már *Durkheim* korában, és ugyanígy megvan ma is (Andorka és mtsai 1968).

Ez a jelenség a szociológusokban megérlelt egy hipotézist, amelynek azonban ma még nincs elegendő statisztikai vagy empirikus szociológiai bizonyítéka, de tapasztalatilag és klinikailag kézenfekvő. Eszerint egy-egy terület, egy-egy kulturális egység (*Halbwachs* és *Gold* fogalmával: egy-egy szubkultúra) a rá jellemző személyiségformálási folyamataiban tagjainak különböző mértékben és formákban adja tovább, tanítja meg az *öngyilkosság sémáját* mint a nagy emberi problémák végső „megoldóképletét”. Feltételezik, hogy mint minden más viselkedésformára, az öngyilkosságra is van szocializáció a lakosságban, ezt részben a család, részben a mikromilió végzi, látszólag ártalmatlan közléseken, előforduló öngyilkosság-esetek megbeszélésén és más hasonló kommunikatív módokon át.

További szocializációt végez a kultúra egésze, ezen belül a *sajtó*, a *könyvek*, a *filmek*. Ezekben az öngyilkosság gyakran szerepel, mindig specifikus emberi helyzetekhez, helyzetmintákhoz kötve. A sajtó röviden és szenzációra kiélezett módon írja le a mindennapi öngyilkosságokat és azok vélt motívumait. A regények részletesen ábrázolják az öngyilkos lelkiállapotát, kiúttalanságát, a film és a dráma még vívódásait is bemutatja, különösen elevenen, életszerűen. Így azután a személyiségben archetipikus mintaként rögzülnek azok az események, élethelyzetek, amikor az öngyilkosság „érthető” vagy „logikus”. Ilyen helyzet a reménytelen szerelmesé, a sarokba szorított bűnözőé, a becsületében sértett asszonyé (mint pl. Bánk Bán Melindája), a magára maradt öregé, a gyógyíthatatlan betegé stb. A japán kultúrában ismeretes a „harakiri” vagy használatosabb nevén a „seppuku”, a rituális öngyilkosság a megszégyenülés után, ezt mind szituációjában, mind lefolyásában eltanulja a személyiség. A szocializáció egyébként is kiterjed az eszközökre, így jön létre a „divatos” öngyilkossági módszer. Egyes korok dekadens ifjúságában ilyen módon terjed el az öngyilkosság mint végső gyógyír az élet értelmetlenségére vagy valamilyen megghiúsulására. Irodalmi alkotások ezt jól kifejezik, egyben azonban példaképet is adnak. Az öngyilkosság ilyen jellegzetes kialakulási folyamatát mutatja Goethe „ifjú Werther”-e, Lermontov számos hőse. Schopenhauer eszméinek hatását a múlt század öngyilkosságaiban jól illusztrálja Németh László „Széchenyi”-je, különösen az elmeorvos és a nagy magyar párbeszédeiben; igazi írói intuícióval rajzolja meg, hogyan ötvöződnek végül bele a doktor eszméi Széchenyi öngyilkosságába.

A szocializációban különleges hatás a látott vagy a közvetlenül hallott példa, amely sajátos szuggesztív erővel válhat a már érlelődő öngyilkossági szándék kristályosodási magvává. A tömegközli eszközök közvetítésével ilyen módon vált napjainkban szomorú divattá az önégetés, régebben a közvetlen példák nyomán így jöttek létre az öngyilkossági epidémiák, egymás utáni öngyilkosságok azonos módszerrel, pl. önakasztás ugyanarra a faágra vagy kampóra stb. Ilyen epidémiát kisebb körben nálunk is megfigyeltek, még a közelmúltban is (Somogyi és mtsai 1961). Úgy tűnik, hogy *a családban történt öngyilkosság* előkészítő, szocializáló hatása nagyobb, mint más példáké. Többen is rámutatnak arra, hogy az öngyilkosságot vagy kísérletet elkövetők családjában gyakoribb az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet. Már *Durkheim* – akihez minden teória visszanyúl – is igyekezett cáfolni, hogy ezt biológiai öröklésnek lehet tekinteni, itt is kimutatva a szociális hatások érvényesülését.

A családi és egyéb öngyilkosság szuggesztív hatásának magyarázatára már a múlt században használták az *utánpótlás* koncepcióját, mivel *Tarde* francia szociológus társadalomelméletének középpontjában ez a fogalom állt, és ez az ún. imitációs teória a múlt század utolsó évtizedeiben NyugatEurópában nagyon népszerű volt (1899). Az utánpótlás tautologikus oki magyarázat, nem

fejez ki mást, mint ami a példaadás hatásának jelenségében amúgy is látható, nem magyarázza az utánzás miértjét és hogyanját. Az öngyilkosságra való szocializáció gondolatának neves magyar öngyilkosság-kutatók is hívei (Andorka és mtsai 1968, Cseh-Szombathy 1963, 1967, 1970). Az öngyilkosságra való szocializáció és ebben a közvetlen példa hatása ma még nem ismert mechanizmusokon át zajlik. Kétségtelennek látszik azonban, hogy ilyenfajta szocializáció az öngyilkosságok *egyik* tényezője, ez egyfajta viselkedésmintát, helyzetmintát, konfliktusmegoldási képletet ad, ami önmagában még nem elég, mert még kell hozzá a személyiség problémája, feszültsége, kellő fokú zavara. De ez a szocializációs hatás – amely a gyermeki személyiséget észrevétlenül, öntudatlanul éri, és amely mint minden kulturális tényező, nagyfokú állandóságot és társadalmi változásoktól való függetlenséget mutat – esetleg megmagyarázza az említett területi állandóságokat az öngyilkosság gyakorisági adataiban. Nem zárható ki természetesen az sem, hogy a közvetlen környezet „mikrokultúrája”, mikromilője nemcsak – vagy nem elsősorban – a szuicidiumra való viselkedés- és késztetéssémát ülteti el a benne felnövő személyiségbe, hanem valamilyen más pszichológiai sajátosságot termel ki benne, amely azután nagyobb valószínűséggel viszi az öngyilkosság felé; ezt ma még nem tudjuk, erre szinte semmi adatunk nincs. Mindenesetre a gyakorisági viszonyok elemzése és a hazai adatok bemutatása is visszavezet bennünket a szociológiai, össztársadalmi elemzési nagyságrendből a személyiség, a társas kapcsolatok és a lélektan szintjére.

*

Újabb adatok nyomán pontosabban ismerjük az öngyilkossággal járó és azt megelőző *társaslélektani* folyamatokat. Az öngyilkosság történéseinek pontosabb elemzése kiderítette, hogy az öngyilkosságot elkövetők túlnyomóan nagy része és az öngyilkosságot megkísérlők csaknem mindegyike *közli szándékát a környezetével*. Régebben a szakemberek úgy vélték, hogy az igazi, elszánt öngyilkos senkinek sem szól tervéről, és az öngyilkossági szándék közlése inkább a szándék bizonytalanságának jele. Ma a kutatók a szándék közlését szabályszerűnek és ugyanakkor a megelőzés szempontjából stratégiai fontosságúnak tartják. A szándék közlésére vonatkozó vizsgálatok az ötvenes évek végén jelentek meg, ekkor csak a sikerült esetek 53%-ában tudták kimutatni az öngyilkosság előzetes közlését valamely családtagnak vagy ismerősnek (Jessler 1960, Robins 1959). Később ez a százalékarány folyton nőtt (Farberow 1961, 1966, Ringel 1969, Shneidman 1957, Szinetár 1970). A Los Angeles-i öngyilkosság-megelőző központ újabb kiadványai szerint a megállapítható közlés az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek 90%-ában

megtörténik. Modern nézetek nemcsak azt veszik közlésnek, ha valaki öngyilkossággal fenyegetőzik vagy kész öngyilkossági tervet mond el, hanem azt is, ha öngyilkosságra nyomatékosan, megfelelő viselkedés és mimika kíséretében utal, vagy szándékát közvetlen környezetének (rendszerint egy kedves személynek) csak éppen kétségbeesésének és reményvesztettségének felűnő demonstrálásával jelzi.

A modern pszichológiában igen nagy jelentőséget tulajdonítanak különféle *nem verbális közlési csatornáknak*, amelyek segítségével emberek egymásnak bonyolult kommunikációkat közvetítenek, elsősorban érzelmi állapotokat és viszonyulásmódokat, belső feszültségeket stb. fejeznek ki. Ilyen közléscsatorna rejlik a mimikában és pantomimikában, a hanghordozás sajátosságaiban, a szóbeli közlés különféle formai jegyeiben, „innuendóiban” stb. Az emberek ezeket a közléscsatornákat többnyire a tudatosság alacsony fokán, leggyakrabban spontán módon, öntudatlanul észlelik, értelmezik és alkalmazzák. A mindennapokban azonban ezeken át áramlanak a legfontosabb interperszonális hatások, ezeken át szövődnek és változnak az emberi kapcsolatok, ezek révén értjük meg igazán, amit a másik mondani, közölni akar, és ezekkel fejezzük ki magunkat is (Buda 1966, 1967, 1969). Ezen a hatásrendszeren – amely az utóbbi évtizedben óriási arányú kutatás tárgya, olyannyira, hogy vizsgálatára új diszciplínák is születtek (kommunikáció-kutatási ágak, kinezika, paralingvisztika, proxemika stb.; Hall 1959, 1966, Knapp 1963, Verón 1969, Watzlawick és mtsai 1967), és amely a pszichiátrián át ma a medicinában is egyre inkább érezteti hatását – az öngyilkosságra készülő világosan jelezheti környezetének szándékát.

Az utalásos verbális közlést vagy a nem verbális kommunikációt a környezet rendszerint megérti, gondolt is az öngyilkosságveszélyre, de ezt a gondolatot különféle észérvekkel, racionalizációkkal elhárítja magától, a kapott jelzésre nem reagál. A környezet percepciója, jelzésvétele egyébként ilyen ki nem mondott öngyilkossági közlésekben nemcsak az öngyilkosság-kutatásban gyakran kimutatott tény, hanem jól ismert a mindennapi pszichoterápiás gyakorlatból is, ahol öngyilkosok közeli hozzátartozóiról néha igen részletesen meg lehet tudni a közlés epizódját és az arra adott negligáló, elutasító – gyakran ugyancsak nem verbális – választ, a válasz mélypszichológiai hátterével együtt. Elméletileg feltételezhető, hogy minden öngyilkos és öngyilkossági kísérletet elkövető tesz valamilyen közlést szándékáról, de mivel erről a közlésről nehéz biztos tudomást szerezni, nehéz megtalálni azt a személyt a környezetben, akinek a közlés szólt, és ez a személy esetleg szégyenből vagy büntudatból elhallgathatja a közlés tényét, kb. egytizede az öngyilkosoknak látszólag nem jelzi előre tettét.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy az öngyilkossági szándék közlése sokféle változatban történhet, az említett nem verbális jelzéstől a szándék és a terv is-

mételt, határozott, világos, szóbeli vagy írásbeli közléséig. Természetesen ilyen közlések között bőven van olyan, amely nem tényleges, vagy nem elég erős öngyilkossági szándékot takar. Az öngyilkossággal való fenyegetőzés és zsarolási kísérlet mindennapos dolog. Az öngyilkossági közlésre vonatkozó retrospektív kutatások nagy értéke nem abban rejlik, hogy biztos módszert adnak a valódi és a tettetett öngyilkosságveszély elkülönítésére. Nincs ugyanis biztos módszer annak megállapítására, hogy a közölt szándék mennyire komoly. A közlés ténye elsősorban az öngyilkosságot vagy a kísérletet megelőző társaslélektani történések megértése szempontjából fontos.

A közlések többnyire annak (vagy azoknak) a személyeknek szólnak, akivel az öngyilkosságra készülő ember *intim, de ambivalens* érzelmi kapcsolatban van, általában, akivel a lényeges problémái vannak, akitől szeretetet vagy segítséget vár, de nem kap meg vagy nem eléggé kap meg. Közhelyszerű, a mindennapokban is és a pszichiátriai munkában is ismételten tapasztalt tény, hogy az öngyilkossággal való fenyegetőzés arra szolgál, hogy vele az egyén emberi problémáiban érjen el valamilyen változást, hogy megmozgassa és cselekvésre bírja azt, akinek közlése szól. A komoly, „halálos” komolyságú öngyilkossági közlést is ilyen szándék mozgatja. Kutatások tisztázták, hogy az öngyilkossági kísérletek után az emberi kapcsolatok az esetek nagy részében jelentős változáson mennek át; az életben maradt általában több segítséget, odafordulást, szeretetet kap, mint korábban. Vannak olyan adatok, amelyek szerint az öngyilkossági kísérleten átesett ember veszélyeztetettebb újabb öngyilkossági kísérletre, ha ilyen átrendeződés, változás nem történt (Stengel 1964, Stengel és Cook 1958). E vizsgálatok és adatok alapján az öngyilkossági kísérletet számos kutató dramatikus gesztusnak, kétségbeesett végső akciónak tartja az emberi környezet befolyásolására, egyfajta „ultima ratio”-nak. *Az öngyilkosság szándékának közlései pedig ezt megelőzően segélykérésnek tűnnek.* Amerikai szerzők az öngyilkossági közlést „cry for help” – segélykiáltás – néven említik, ez a kifejezés a szuicidium modern irodalmában nagyon elterjedt (Farberow és Shneidman 1961, Kobler és Stotland 1964).

Az öngyilkossági szándék közlésének mint segélykérő közlésnek felfogása, *utat nyit az öngyilkosság megelőzése számára.* A kétségbeesett, feszült ember szándékát valamilyen segítség, gratifikáció, vagy a szándék közlését mozgóató vágy – akár csak szimbolikus – részleges kielégítése a tettet elodázhathatja, időt adhat, míg az elutasítás, a ridegség az öngyilkossági cselekedet felé taszít. Mint látni fogjuk a későbbiekben, a cry for help jelenség felismeréséből az öngyilkosság megelőzésére hivatottak – pl. az orvosok számára az követ-

kezik, hogy minden *öngyilkossági közlést komolyan kell venni*, igyekezni kell részben közvetlenül, részben a környezet befolyásolásán át segíteni. Ma úgy tűnik, hogy a közlés mögött megbújó szándék komolyságát és erejét kutatni nemcsak nehéz a mindennapi gyakorlatban, hanem felesleges is, hiszen az öngyilkossággal fenyegető ember is segítségre szorul, mentálhigiénésen veszélyeztetett, és míg a szakszerű segítségből sem baj, sem a fenyegetési manőver fixációja nem származhat, a legkomolytalanabb öngyilkossággal zsaroló is veszélyes szuicid kísérletekbe hajszolható negligálással, „fegyelmezéssel” vagy kételkedéssel (pl. a hisztériás ilyenkor „megmutatja”, hogy mégis „mer” kísérletet tenni, és ezután már csak a szerencsén – vagy inkább a balszerencsén – múlik, mi lesz a dolog kimenetele).

Említésre méltó, hogy a segélykérés jelensége elméletileg is nagyon fontos, mert új támpontot ad a szociológiai megközelítés számára az öngyilkosság-gyakoriság és az öngyilkosságok szociális kóroktana problémáiban. Az emberi kapcsolatok tónusa, érzelmetartalma, segítő és védő effektusa ugyanis számos társadalmi hatás alatt állhat, társadalmi feszültségek, anómiás társadalmi állapotok ridegebbé, önzőbbé tehetik ezeket a viszonyokat, így a környezet esetleg könnyebben fordul el közönyösen a bajbajutottaktól, és ezzel közelebb viszi őket az érlelődő öngyilkossági terv megvalósításához. Ringel – neves osztrák öngyilkosság-kutató – szerint már maga az a tény, hogy valakinek öngyilkossági közlését a környezet nem veszi komolyan és nem fordul oda hozzá segítően, rideg, zavart emberi kapcsolatok jele (Ringel 1961, 1969). A szeretetlen emberi kapcsolatokban a személyiségnek nem elég a szuicid szándék közlése, hogy környezetét megmozgassa, szüksége lehet ehhez az öngyilkosság tényleges megkísérlése is. Az öngyilkosságtól védő vagy az öngyilkosság felé taszító társadalmi, emberi környezet tényezője nyilvánvalóan komoly szerepet játszik a példaadás és az utánzás társaslélektani faktorai mellett, egyelőre azonban rá vonatkozóan kevés tényszerű adatunk van. Pedig ez a tényező igen fontos, összekötő láncszemnek tűnik az öngyilkosság szociológiai és lélektani elméletei között. E tényező realitását összehasonlító szociológiai adatok látszanak leginkább alátámasztani, amelyekből ismerjük, hogy különböző társadalmakban az emberi kapcsolatok jellege eltérő; vannak meleg, testvéries, segítő kultúrák is, ahol a társadalmi kohézió igen erős, és egyes társadalmakon belül is más az emberi kapcsolatok jellege az egyes szubkultúrákban és közösségekben. Az emberi környezet ilyenfajta, öngyilkosságtól védő vagy arra hajlamosító szerepe a szociológiai adatok új értelmezési lehetőségét rejti magában. Így pl. a faluhoz vagy vallási közösséghez való tartozás vagy a házasság állapot nemcsak a személyiség társas integráltságát

– és ezáltal nagyobb stabilitását – jelentheti, mint ahogyan *Durkheim*, feltételezte, hanem lehetséges, hogy azért hat védően az öngyilkosság valószínűsége ellen, mert az emberi segítség, támasz jobb kilátását rejti különböző emberi bajok, feszültségek esetében. Városokban a társas kapcsolatok alacsonyabb intimitási foka miatt az emberek jobban magukra maradnak, távolabb vannak egymástól. Gazdag, fejlett, individualizálódott társadalomban az emberek versengenek, vetélytársai egymásnak, a társadalmilag kíváncsi célokért való hajszában nyűgnek érzik családjukban az öreget, a krónikus beteget, a problémázó, szerencsétlen és sikertelen embert, ilyenekkel idegenek sem kívánnak kapcsolatba lépni, ezeknek kevésbé akad hűséges társuk, barátjuk, szeretőjük. Ilyen körülmények között a segélykérő közlés könnyebben talál részvétlen vagy visszautasító fogadtatásra. Lehetséges, hogy az öngyilkosság-gyakoriság területi megoszlásainak relatív állandóságában is szerepet játszik az emberi kapcsolatok természete a lokális kultúrában.

Nem bizonyító erejű, de átgondolásra érdemes, hogy a délkelet-alföldi szubkultúra viszonylagos érzelmszegénységére és a létért való kemény küzdelem okozta ridegségére mennyi utalás van Móricz Zsigmond írásaiban, de még az idillizáló, kedves Móra vagy Tömörkény munkáiban is. Ugyanígy a normand vidék emberi kapcsolatainak az a képe, amely pl. Maupassant novelláiból kitűnik, mintegy érthetővé teszi a szuicidium nagyobb gyakoriságát.

Lehetséges, hogy az öngyilkosságok gyakoriságában nálunk az utóbbi években mutatkozó emelkedés – és különösen a kísérletek számának növekedése – ilyen mechanizmuson át történik és visszatükrözi a társadalom fokozódó prosperitását, és ezzel együtt a benne folyó interperszonális vetélkedés fokozódását, az emberi kapcsolatokban – a labdarúgás analógiájával szólva – a „kemény játéktípus” elterjedését (Rushing 1969).

III. Pszichológiai szabályszerűségek

Az a megfigyelés, hogy az öngyilkosságok jelentékeny része erőtlen és kevés segélykérő kommunikáció után következik be, míg az öngyilkossági kísérletekben rendszerint a szándék előrejelzése szabályszerű, erőteljes vagy ismételt, több kutató szerint amellettszól, hogy a sikeres és sikertelen öngyilkosságokat el kell különíteni egymástól elméletileg, vagyis az öngyilkosságot és az öngyilkossági kísérletet lélektanilag különböző jelenségnek kell felfogni. Ennek a nézetnek az angol *Stengel* a legismertebb képviselője (Stengel 1964, Stengel és Cook 1958). Eszerint az öngyilkossági kísérlet számos társaslélektani és személyiségen belüli okkal bír, sokféle emberi célt szolgálhat és sokfé-

le társas hatást érhet el, de nem jelenti az étellel való teljes leszámolás próbálkozását, ami viszont a sikeres öngyilkosságokban igen határozott és szembe-tűnő motiváció. *Stengellel* együtt a köztudat is azt tartja, hogy aki nagyon meg akarja ölni magát, az tud is végezni magával, annak cselekménye nem lesz sikertelen. *Stengel* és a vele hasonló nézetet vallók más indulati dinamikát is sejtenek a határozott öngyilkosságban, mint az öngyilkossági kísérletben. A sikeres öngyilkosságban az agresszív indulat rendszerint igen nagy, kitörő, míg a kísérletben tompított vagy kicsi. Ezt a nézetet szociológusok is képviselik (Kahne 1966, Maris 1969). Ez a kérdés sok vita tárgya. Ma már maga *Stengel* sem hangsúlyozza annyira a különbséget, egyik legújabb közleményében óvatosan azt írja, hogy feltevését olyan megfogalmazásban tartja, hogy „az öngyilkossági kísérlet öngyilkosságon kívül még sok minden más (lélektanilag), ami az öngyilkosság nem” (Stengel, id. Ringel 1969, 21. old.). Ma inkább úgy tűnik, hogy az öngyilkosságnak többféle variációja, lefutási módja van, a gyorsan eldöntött és végrehajtott formától a nem adekvát eszközöket használó, zsaroló öngyilkossági kísérletekig, és e változatok között mindenféle átmenet lehetséges. Ebben a folyamatban azonban valószínűleg előfordulnak modális sűrűsödések bizonyos határozott öngyilkossági formák és bizonyos öngyilkossági kísérletek kategóriáiban, amiből a sikeres öngyilkosságok és a kísérletek különbségének látszata adódhat. Ezt ma még nem tudjuk pontosan. A gyakorlat szempontjából elfogadhatóbb az amerikai öngyilkosság-kutatók „fekete doboz” szemlélete, amely szerint csupán az öngyilkos tett és az azt megelőző kommunikációs folyamat szabályszerűségei vizsgálhatók közvetlenül, a személyiségen belüli történésekre csak következtetni lehet, ezért a megelőzés és az ellátás perspektívájából az öngyilkosságokat és az öngyilkossági kísérleteket egységesen kell szemlélni. Ennek ellenére *Stengel* hipotézise lépten-nyomon felmerül, és gyakran kézenfekvő a statisztikai adatok értelmezésében is, pl. magyarázatot látszik adni arra, hogy az öngyilkosságok 70%-át férfiak követik el, míg a kísérletekben csak kb. 40%-ban szerepelnek férfiak. «MDNM»

Az öngyilkossághoz vezető pszichológiai mechanizmusok és okok területén is hiányosak és bizonytalanok még ismereteink. Az öngyilkosságok és a kísérletek egy számottevő hányada kapcsolatba hozható pszichiátriai betegséggel. Egyes szerzők szerint az öngyilkosok között nem több a pszichés megbetegedés, mint az átlagnépességben (Kobler, Stotland 1964). Mások szerint az öngyilkosságok többségét pszichés betegek követik el. Ebben a kérdésben nagyon nehéz tisztán látni, ugyanis az öngyilkosság ténye a korábbi viselkedészavarokat és problémákat utólag felnagyítja, beteges színezettel látja el.

Ezenkívül a pszichés megbetegedések kritériumai bizonytalanok, újabb vizsgálatok szerint pl. ha ezeket a kritériumokat liberálisan kezeljük, tágra hagyjuk, akkor a szűrővizsgálatok a lakosság 70-80%-át diszharmóniás, kóros személyiségnek találják (Leighton 1963, Srole és Langner 1962). Kétségtelennek tűnik, hogy a depresszió minden fajtájában az öngyilkosság gyakoribb, mint az átlagnépességben, és valószínűleg nagyobb az öngyilkossági kísérletek gyakorisága is. Súlyosabb depresszióban megszokott, gyakran kardinális tünet az önvádításokhoz és mikromániás téveseszmékhez kapcsolódó öngyilkossági késztetés. Ugyanakkor vannak súlyos depressziók, amelyekben öngyilkosságveszély nem merül fel, néha évtizedeken át visszatérő fázisok egyikeben sem. Már bizonytalanabb – de még mindig igen valószínű – a szkizofrénia és az öngyilkosság átlagosnál nagyobb statisztikai összefüggése, bár szkizofréniaiban az öngyilkosság fokozott veszélye tankönyvi adat a pszichiátriában. A kutatások számadatai e tekintetben azonban nem egyértelműek. Gyakoribb az öngyilkosság alkoholisták között. Az alkoholizmus szerepe az öngyilkosságban már *Durkheim* korában is feltűnt, a hazai statisztikákban is szerepel, és a pszichiátriai szakirodalomban is annyira ismert, hogy az alkoholizmust „krónikus öngyilkosságnak” is szokták nevezni. Kétszáz krónikus alkoholista férfi mélyinterjú és pszichológiai tesztekkel végzett vizsgálatában magunk is tapasztaltuk, hogy ennek a – 30 és 50 év közötti férfiak korcsoportjában a reprezentativitást megközelítő – populációnak több mint felében működött erőteljes öngyilkossági késztetés (Buda 1969). Az ideg- és elmebetegségek lehetséges szerepére mutat végül a hazai statisztika is, amely a valószínű okok között vezető helyen említi a betegségeket, köztük az ideg- és elmebetegségeket.

A szigorúan vett pszichiátriai betegségkategóriák alapján azonban az öngyilkosok és az öngyilkosságot megkísérlők többségükben mégsem tekinthetők pszichiátriai betegeknek. A modern elmekórtanban erősödik az a felismerés, hogy a betegség fogalma az olyan határterületi problémákban, mint amilyen az öngyilkosság is, félrevezető lehet, ugyanis az egyén abban az értelemben betegnek tekinthető, hogy elmeorvosászati vagy orvosi pszichológiai segítségre rászorul vagy jogosult, illetve abból haszna lehet, abban az értelemben viszont nem vehető betegnek, hogy határozott diagnózist lehetne alkotni róla, vagy egységes gyógymód lenne problémájára, tehát, hogy kényszer-gyógykezelése indokolt lehetne. De a betegség tényétől függetlenül a betegség kimondása még nem magyarázat az öngyilkosságra. Ma már konzervatív és biopszichológiai gondolkodású elmeorvosok is hangoztatják, hogy pl. egy szkizofrén beteg öngyilkosságát csak látszólag teszi érthetővé a betegség-

ge, amelyből mindenféle egyéb bizarr és kóros megnyilvánulás is eredhet (Huber 1969). Az öngyilkosságnak az elmebetegben, sőt a depresszióban is *lélektani* értelme, jelentősége, indulati dinamikája és bonyolult társaslélektani erőjátéka van, mint ezt újabb, igen aprólékos és gondos vizsgálatok mutatják (Kobler, Stotland 1964, 1965, Rotov 1970). Az elmebetegek öngyilkosságai-ban megfigyelhető szabályszerűségek azonosnak látszanak az egyéb öngyilkosságok viszonyaival, legfeljebb ingerküszöbök és reakciómódok mások, de lényegében ugyanazok az emberi problémák nyilvánulnak meg bennük is.

Az öngyilkosság lélektani magyarázatával foglalkozó kutatások értékes terméke az *öngyilkosság előtti szindróma* (preszuicidális szindróma) koncepciójának kialakulása, amely az említett *Ringel* nevéhez fűződik. A koncepció, amely nagyszámú öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet lélektani elemzése és sok kollektív tapasztalat összegezése nyomán jött létre, tulajdonképpen még nem magyarázat, csak egy jelentős lépés a magyarázat irányában, de gyakorlatilag a prevenció szempontjából igen fontos. *Ringel* szerint minden öngyilkosságot vagy komolyabb kísérletet *azonos lélektani konstelláció* előz meg. Ezt a közös konstellációt igen különböző lélektani problémák válthatják ki, tehát maga az öngyilkosság a személyiség feszültségeinek egyfajta meghatározott kifutási útja, *Sherington* ismert elvét idézve, egyfajta „final common pathway”. E konstelláció az öngyilkosság előtti szindróma. Ennek három lényegi jegye van, ezért szoktak vele kapcsolatban *öngyilkosság-triászról* is beszélni: 1. *fokozódó dinamikus beszűkülés*, 2. *az agresszivitás gátlódása*, 3. *menekülés a fantáziavilágba* (Ringel 1953, 1961, 1969). A „dinamikus” jelző utalás a dinamikus személyiséglélektanra, amely az ember érzelmeit és késztetéseit erősíteni, mennyiségi analógiákkal fejezi ki. A dinamikus beszűkülés azt jelenti, hogy a személyiség érdeklődései és motivációi a külvilág felé csökkennek, és szűkebb mederben, merevebb formában nyilvánulnak meg. *Ringel* szerint a beszűkülés a következő pszichológiai jegyekben mutatkozik:

- a) az appercepció és az asszociációk merev lefutása;
- b) rögzült magatartássémák ismétlődése;
- c) érzelmi beszűkülés;
- d) bizonyos pszichológiai mechanizmusok (az ún. szorongáselhárító mechanizmusok) beszűkülése, ezek között az agresszív indulatot visszatartó és befelé fordító pszichés mechanizmus túlsúlyra kerülése;
- e) az emberi kapcsolatok beszűkülése, amelynek során a személyiség ezeket a kapcsolatokat magában leértékeli, redukálja, súlyosabb esetben az izolálódásig menően;
- f) az egyéni értékvilág beszűkülése, vagyis a személyiség a számára korábban értékes és kíváncsi dolgok iránt már nem érez vonzódást, azok nem keltik fel érdeklődését.

Az öngyilkosság előtti szindrómában az agresszív indulat nem tud megnyilvánulni, ugyanakkor a személyiség igen sok frusztrációt szenved, amely nyomán indulati feszültsége nő. Lélektani gátló mechanizmusok működése mellett az agresszió levezetődésének azért sincs módja, mert:

- a) az öngyilkosság előtti állapotban a személyiség általában önmagára haragszik, önmagával elégedetlen, mert az adott életproblémáját előidézte vagy nem tudja megoldani, különféle tulajdonságai, egyéni sajátosságai vagy hibái miatt;
- b) a frusztrációkat az egyén ambivalens kapcsolatban szenved el, ilyenkor a másik iránti szeretet és vágy megakadályozza, hogy az agresszió felé irányuljon, holott a frusztrációt ő okozza (típusosan ilyen eset a szenvedélyes szerelmi csalódás vagy a családtagokkal való viszály, pl. öreg emberek feszültségei gyermekeikkel stb.);
- c) nincs olyan személy, aki az agresszív indulatnak tárgya lehetne, vagy a személyiség elszigeteltsége miatt, vagy pedig azért, mert az elszenvedett sérelem természete olyan (pl. gazdasági csőd, gyógyíthatatlan betegség, megnyomorodás, erkölcsi lehetetlenülés – amely pl. a régi japán kultúrában az említett „harakirit” igényelte stb.).

A fantáziába való menekülés jelenségeiben is szerepet játszik a beszűkülés dinamikája, a külvilágtól elvont pszichés energiák ugyanis a fantáziavilágot szállják meg, fantáziában az öngyilkosság előtt álló személyiség érzékletes, képi módon foglalkozik problémáival, elképzei azoknak kedvező kimenetelét (vágyfantáziák), de képzeletbeli kifejezést ad befelé forduló agresszív indulati impulzusainak is, képzeletében megbünteti az őt megghiúsító személyeket. A fantáziatevékenységben érik meg az öngyilkosság gondolata és terve is. Az egyén elképzei halálát, látja magát a ravatalon, látja síró hozzátartozóit stb. A fantáziatevékenység során mind erősebb lesz benne az öngyilkosságra vonatkozó képzetcsoporthoz, ez egyre több indulati energiát köt meg magában. Ezt az erőteljes indulati gócot, képzetstruktúrát „gyújtja be” a precipitáló élmény, valamely újabb – valós vagy szimbolikus – frusztráció. Ennek kapcsán a terv cselekvéssé érik, előbb azonban lezajlik a már tárgyalt kommunikáció, a segélykérő jelzés a releváns személyek felé, akiknek elutasítása végül betetőzi a helyzetet.

Öngyilkosság tervével foglalkozók vagy öngyilkosságot megkíséreltek pszichoterápiás kezelése során a fantázia igen nagy szerepére vonatkozóan sok adatot lehet kapni. A fantáziákban jól megmutatkozik az élethez kötő és az élettől eltávolító pszichés erők küzdelme, amely küzdelem hozza létre lényegében a „cry for help” jelenséget, a megkapaszkodás utolsó próbáját. A tudatos fantáziák mögött tudattalan fantáziaanyagok tömege rejlik, ezek a fantáziák soha sem a halált akarják, hanem a vágyak megvalósítását végzik szim-

bolikus formában, késztetéstöltésük azonban legtöbbször az élettől elszakító motivációs erők közé vegyül, pl. tudattalan újjászületési, átalakulási vágy – annak ellenére, hogy rejtett életigenlést fejez ki – dinamizálhatja az öngyilkos cselekményt is. A fantáziavilággal kapcsolatban sok fontos ismeret és feltevés gyűlt össze, ezek elsősorban a pszichoterápia szempontjából lényegesek (Hendin 1963, 1964).

Az öngyilkosság előtti szindróma mennyiségi és időviszonyai esetenként különbözők lehetnek. Tarthat a szindróma hosszú ideig, de lehet gyors kialakulása és lezajlása is. Gyakran lassú érlelődése hirtelen felgyorsul. A szindróma koncepciója azért közelíti meg jól az öngyilkosság lényegi magyarázatát, mert rávilágít arra, hogy egyes pszichopatológiai állapotokban vagy élethelyzetekben miért nagyobb az öngyilkosság valószínűsége. A depresszió szinte azonos lelki státus az öngyilkosság előtti szindrómával, különösen a beszűkülés és az agressziógátlás tekintetében. A szkizofrénia kezdeti stádiumában ugyancsak gyakori a beszűkülés, az elszigetelődés, a nagy affektív feszültség és a fantázia-tevékenység. Az alkoholizmus folyamatában a beszűkülés és a menekülés törekvése egyre fokozódó. Pszichopátiákban az agresszív indulat lehet igen erős és nehezen szabályozható, ugyanakkor az én tartása gyengébb. A pszichopatológiai állapotokban tehát az öngyilkosság előtti pszichés konstellációt specifikus lélektani mechanizmusok részlegesen vagy egészében létrehozhatják, elősegíthetik, hogy az emberi problémák éppen ezen a sajátos megnyilvánulási és levezetődési formán át jelentkezzenek. Az élethelyzet sajátosságain át hat pl. az öregség, amely magától is beszűkülést, a valóság világából való kiszorulást, a saját képességekkel való elégedetlenséget és sok frusztrációt hoz. Ehhez járul az ipari társadalmakban az öregek integrálatlansága, az őket általában körülvevő rideg interperszonális légkör. Egyes társadalmakban az öregek iránti nagy tisztelet és az öregek kiemelt társadalmi helyzete védőhatást fejtett ki az öngyilkossággal szemben. Japán vizsgálatok pl. rámutatnak, hogy a második világháború előtti Japán tradicionális társadalmi szerkezetében az öregek kedvező státusa miatt igen alacsony volt az idősebb korosztályok öngyilkossága, a második világháború utáni társadalmi átalakulás azonban az öregek helyzetét iparosodott európai és amerikai országokhoz hasonlóvá tette, ezzel párhuzamosan az öregek öngyilkossági gyakorisága is az illető országokhoz hasonló arányúvá vált (Ringel 1969). Jellemzően beszűkült, frusztrált helyzetben van a krónikus, súlyos beteg ember is. Az öngyilkosságot már megkísérelt ember azért veszélyeztetettebb az öngyilkosságra, mert már kialakult benne az öngyilkossággal kapcsolatos motivációs és képzetstruktúra, már megvan személyiségében az öngyilkossági csele-

kedet „problémamegoldási modellje”. Ez a nagyobb veszélyeztetettség a tapasztalat szerint kétségtelen, bár vannak ellene szóló vizsgálati adatok, amelyek szerint az öngyilkossági kísérleten átesettek között nem gyakoribb a sikeres szuicidium vagy az újabb kísérlet, mint az átlagnépességben (pl. Stengel és Cook 1958). A hazai statisztikai adatok szerint is pl. az 1967-ben történt 3150 öngyilkossági eset közül 2620-nál nem volt előzőleg ismert öngyilkossági kísérlet, és a 14.983 ismert és regisztrált öngyilkossági kísérlet közül 13.550 első kísérletként szerepelt a statisztikai nyilvántartásban (KSH 1968). Az öngyilkossági kísérletek megállapításával kapcsolatos említett bizonytalanságok miatt azonban ezek az adatok csak óvatossággal értékelhetők. A legtöbb vizsgálat és adat szerint az öngyilkosságot megkísérlők újabb öngyilkossági kísérlet szempontjából veszélyeztetettnek tekinthetők.

Az öngyilkosság előtti szindróma nagy gyakorlati jelentőségű, ugyanis további támpontokat ad az öngyilkosjelöltek felismerésére. Az említett triász ugyanis gyakran észrevehető vagy következtethető orvosi vizsgálat során, amikor szuicid szándék kommunikációja nem történik. Pszichológiai tesztek adataiból is lehet következtetni rá (Quatember 1969).

Az öngyilkosság előtti szindróma elemzéséből nőttek ki azok az elméletek, amelyek az öngyilkosok számban legnagyobb csoportjának – a pszichés vagy testi betegség kifejezett jeleit nem mutató öngyilkosoknak és öngyilkosságot megkísérlőknek – személyiségvonásait próbálják magyarázni. Ilyen kutatások és tapasztalatok alapján létrejött elméletek szerint a tipikus öngyilkos olyan személyiség, amely a szokványos neurotikus tüneteket nem mutatja, de mégis sajátosan károsodott, neurotikus ember. Kora gyermekkorától kezdve környezete gátlásokat épített bele, elbátortalanította, ennek következtében énje nem tudott eléggé kibontakozni. Személyiségfejlődése csalódások és sikertelenségek sorozata, amelyeknek végén az öngyilkosságot közvetlenül kiváltó zsákutcahelyzet, a személyiség által kilátástalannak felfogott szituáció áll (Ringel 1969, Wunnenberg és mtsai 1970). Német szerzők ezt a személyiségfejlődési utat „neurotische Lebensgestaltung”-nak, „chronische psychische Fehlentwicklung”-nak, „Neurose zum Selbstmord hin”-nek nevezik. E személyiségtípus fenomenológiai képében ki szokták emelni a személyiség fejlődésének stagnációját az öngyilkosságot vagy annak kísérletét megelőző korszakban, az expanzív énerők elvesztését, speciális agressziósémák jelenlétét, a szegényes emberi kapcsolatokat (Ringer 1961, 1969). Arról még nincs elég adat, vagy megfelelő elképzelés, hogy a gyermekkori, családi szocializáció milyen hatásokkal, milyen emberi kapcsolatformákon át hozza létre ezt a fajta személyiséget.

Más kutatók az öngyilkos személyiségének *infantilizmusát* hangsúlyozzák. Ez nagyobb fokban érvényes az öngyilkosságot megkísérlőkre, mint az öngyilkosokra, de lehet, hogy ez csak látszat, mivel az öngyilkosok személyiségéről sokkal kevesebbet tudunk. Az infantilizmus itt nem általános gyermekességet vagy gyermeki pszichés nívón rögzült magatartási mintákat jelent, hanem azt, hogy a személyiség *kapcsolatsémája*, a szeretett *másik személy felé való viszonyulás jellegzetes módja* olyan, amilyen általában a gyermekeké szokott lenni. A gyermeki kapcsolatra jellemző az egyenlőtlen kapcsolati helyzet, a másiktól való lelki függőség, amely különböző – sokszor inadekvát – elvárásokban és igényekben nyilvánul meg, de amelyeket a személyiség gyakran egyenes módon kifejezni nem tud, csak hangulati állapotaival vagy viselkedésével jelez, ez a felnőtt öngyilkosok viszonylataiban is megfigyelhető. Feltételezhető, hogy az öngyilkosságra hajlamos személyiségben a gyermekkori károsodás elsősorban a kapcsolati viselkedést, a személyiség kapcsolaton belüli autonómiakészségét érinti. A szülőkhöz való gyermeki kötődés feltehetően frusztrációt szenved, a személyiség viszonylag hamar leválik ugyan a szülőkapcsolatról (ellentétben a neurotikus vagy a pszichotikus személyiségfejlődéstől), de a kapcsolatigény kielégítetlensége a gyermeki viszonséma további érését, fejlődését meggátolja (a viszonsémát „fixálja”, ahogyan ezt a pszichoanalitikus szóhasználat kifejezi). Az újabb kapcsolatokban a személyiség ezt a gyermeki viszonyulási módot ismétli meg. Az elvárások dominanciája és az egyenes kommunikáció, a kölcsönösség hiánya a felnőtt emberi kapcsolatokban (barátságokban, szerelmekben, a saját gyermekekhez való felnőtt viszonyban stb.) a további frusztrációkat csaknem természetessé teszi. E frusztrációsorozat adja azután az említett, neurotikusnak tűnő, sikertelen, de nem jellegzetes tünetekben kifejeződő életmenetet. A gyermekes viszonyulási mód magában rejt az ambivalenciát és az agresszivitás gátlását. A szülők általában büntetik az ellenük irányuló agressziót a gyermekben, talán ilyen büntetések miatt marad lefojtva a vázolt személyiségfejlődésben a szülői frusztrációk miatti harag töltése, ez a töltés azután, a megfelelő elfojtó mechanizmusok működésével együtt, a későbbi kapcsolatokra is áttevődik. Az öngyilkos eme „modális” személyiségtípusának további jellemzője a *magas aspirációs nívó*, a gyakran irreálisan nagy ambíció, amelyből az én és az énídeál tartós feszültsége származik. Az aspirációs nívóban is nagy szerepet kapnak az elvárások. Az én és az énídeál közötti feszültség preformált utat képez az agresszió befelé fordulásának, a személyiség ugyanis aspirációs szintjének mércéjével méri önmagát, magával krónikusan elégedetlen. Egyes pszichiáterek szerint a súlyos testi károsodással, nyomoréksággal

gal végződő öngyilkossági kísérletek után a személyiség azért jut nyugvópontra és azért viseli a korábnál sokkal sanyarúbb sorsát nyugodtan, mert az én és az éniideal közötti küzdelem eldőlt, a károsodás az aspirációkat lehetetlenné tette, ezáltal a személyiség nyomasztó belső feszültségétől megszabadult, az én két különálló része az agresszív önpusztító cselekményben mintegy „fuzionált” (Wunnenberg és mtsai 1970). Ezt a modális mechanizmust, az infantilis viszonyulásmód szerepét saját pszichoterápiás tapasztalataim is alátámasztják. A személyiség belső, viszonylag önálló részei közötti krónikus feszültség jelentőségét is igazolni látszanak pszichoterápiás – tehát igen intenzív, mélyreható megismerési lehetőségéből adódó – tapasztalatok. Már *Stekel* hangsúlyozta, hogy az öngyilkosok valakit, valaki mást ölnek meg önmagukban, ez a más gyakran a szeretett másik ember, aki szinte beépült a személyiségbe. Ezt mintegy alátámasztja, hogy relatíve gyakran fordulnak elő olyan öngyilkosságok, amikor az öngyilkosjelölt előbb megöli azt a személyt, aki miatt frusztrált helyzete létrejött (ez a személy legtöbbször a hűtlen szerető vagy családtag). *Szinétár* megfigyelései szerint (1970) az agresszió tárgya az öngyilkosságban az olyan énrész, amely a gyermekkor egy lényeges személyével (többnyire az egyik szülővel) való azonosulási (identifikációs) folyamatban alakult ki a személyiségben. Ennek a személynek a beépített és identitássá vált képével a személyiség egybeolvashatja az aktuális szeretet-tárgy, a frusztráló másik ember (szerető, családtag stb.) ugyancsak inkorporált képét. Ez a megfigyelés tehát összhangban van a gyermekes viszonysséma említett elméletével, amely szerint a szülőkhöz való viszonyulási mód tevődik át az újabb kapcsolatokra, a szülővel szembeni gyermeki harag töltésével együtt.

Az öngyilkosság személyiséglélektani folyamatairól kialakult ismeretekhez még egy tapasztalati tény tartozik. Ez pedig a személyiség szüntelen pszichológiai fejlődésének, „nyílt rendszer” jellegének (Allport 1961, Bertalanffy 1968, Buckley 1968) ténye. Ez azt jelenti, hogy a személyiségben viszonylag kevés az irreverzibilis, feltartóztathatatlan folyamat, a pszichológiai állandók szüntelen mozgásban vannak. Így az öngyilkosság előtti szindróma katasztrofális beszűkülése hetek vagy akár napok alatt megváltozhat, eltűnhet, esetleg a precipitáló probléma vagy konfliktus elmúlásával, csökkenésével párhuzamosan, de anélkül is. Öngyilkossági kísérletek után csaknem normális, kiegyensúlyozott pszichés állapotok jöhetnek létre. Az öngyilkosság előtti állapotban is hozzáférhető a személyiség társaslélektani ingerek számára, ezek felkelthetik benne a reményt, felébreszthetnek benne aktív és reális késztetéseket, érlelhetik, megváltoztathatják, kimozdíthatják passzív, gyermekiesen

„sültgalambváró” beállítottságából, és rádöbbenhetik, hogy saját sorsát aktívabban, felnőttesebben kell irányítani. Irreverzibilis csupán a halál, ami a szuicid cselekmény rövidzárlatában létrejön vagy a szervezet károsodása az öngyilkossági kísérlet után. Ezért az öngyilkosság aktusának megelőzése vagy megakadályozása önmagában is igen fontos feladat, ugyanis időt nyer és ad a személyiségnek problémájának feldolgozásához, elfogadásához.

IV. A megelőzés lehetőségei és módszerei, az öngyilkosságveszély orvosi pszichológiai ellátása

Az elmondottak alapján az öngyilkosság megelőzésének jelenlegi lehetőségei megrajzolhatók. Általánosságban a cél az öngyilkosság előtti állapotban levő emberek felismerése és felkutatása a lakosságban, a preszuicidális szindróma befolyásolása, és ezen át az öngyilkosság megelőzése. Ezt a célt közvetlenül és teljességében megvalósítani lehetetlen. Sem az öngyilkosság előtti szindrómát nem tudjuk egyértelműen és kétségtelenül kórismézni, sem nem tudjuk biztosítani, hogy éppen abban az életszakaszban kerüljön valaki a megfelelő szakemberhez, amikor problémái az öngyilkosság előtti állapotba sodorják, és nem rendelkezünk apparátussal ehhez a felkutatáshoz és segítséghez. A próbálkozások általában a lehetőségekből és a meglevő keretektől indulnak ki. Az eddig kialakult módszerek és reális lehetőségek a következők:

A) Öngyilkosság-megelőző szolgálatok

A „cry for help” jelenség gyakoriságának felismerése nyomán jöttek létre nagyobb számban a világon az öngyilkosság-megelőző szolgálatok. Ezek általában nagyvárosokban működnek (1968-ban pl. az USA-ban 83 városban működtek). Ezek az intézetek általában állandó telefonügyeletet tartanak fenn, és terjesztik a lakosság körében, hogy öngyilkossági tervek vagy kilátástalannak látszó életproblémák esetén hívják fel ezt a szolgálatot vagy pedig személyesen keressék meg. E szolgálatok célja, hogy a segítségkérő kommunikációkat erre felkészült intézmény felé váltsák ki vagy tereljék, és ezáltal biztosítsák a segítségnyújtás lehetőségét. A szolgálat pszichiátereket, pszichológusokat és szociális gondozókat tart munkában, ezenkívül egyes helyeken papokat. A bajbajutottaknak igyekszik emberi segítség mellett pszichiátriai ellátást, pszichológiai tanácsadást, esetleg pszichoterápiát adni. Kapcsolatot tart fenn elemosztályokkal, pszichiátriai rendelőkkel, társadalmi szervekkel, társadalompolitikai hivatalokkal, segélyező hatóságokkal, rendőrséggel stb. Irányelv az, hogy *lélektani segítséget közvetlen, tényleges emberi segítséggel együtt*

kell adni. A lélektani segítség szeretetteljes, érett odafordulásból, érdeklődésből áll, kontaktus kialakítására törekszik, amelynek alapján remény, bizalom kelthető fel, és ezáltal az egyén rávehető, hogy tervével hagyjon fel, ehelyett további segítséget vegyen igénybe. A tényleges segítség közbenjárást, érdekvédelmet, esetenként anyagi támogatást is jelent (ez általában egyszeri, nem nagy összeg adásából áll). Ilyen szolgálatok tapasztalata igen jó, sok öngyilkosjelölt fordul hozzájuk, bár igen nagyszámú a más természetű emberi problémákban, betegségekben és egzisztenciális bajokban szenvedő emberek jelentkezése is. Az öngyilkosságmegelőző szolgálat ezeknek, a nem öngyilkosság miatt, de veszélyeztetett embereknek ellátásával külön fontos *mentálhigiénés feladatot* is betölt. Az eddigi tapasztalatok szerint bizonyos idő után a közösség elfogadja és integrálja magában a szolgálatot, az egyre közismertebbé válik, ennek hatására nemcsak több öngyilkossági gondolattal foglalkozó keresi fel, hanem egyre többen jönnek hozzátartozóik és szomszédaik öngyilkossági problémáiban segítséget kérni. Ebben a fázisban a speciálisan képzett szociális gondozóknak jut nagy szerep, akik kimennek az öngyilkosjelöltek lakására és ott igyekeznek részben segítséget adni, részben segítségre rábeszélni. Több városban kiképzik a rendőrök egy részét is, és segítségül hívják ilyen munkához, a leírások szerint jó eredménnyel (Blackly 1968, Farberow 1969, 1966, Farberow, Shmeidman 1961, Litman 1966, Shneidman, Mandelhorn 1967, Thomas 1964).

Ezeket a szolgálatokat sokan kritizálják, köztük szociológusok is, azt vetik a szemükre, hogy nem az öngyilkosságot előzik meg, hanem csupán a kísérleteket, mert a sikerült öngyilkosságok esetében a segélykérő kommunikáció erőtlén és nem jut el az ilyenfajta intézetekig (Gibbs, martin 1964). Ezek a kritikák azonban semmiképpen sem érintik a szolgálatok létjogosultságát. A szolgálat szervülése a közösségben – ilyen öngyilkosság-megelőző munka ugyanis csakis közigazgatási egységenként szervezhető, közösségi bázisú lehet – nyilvánvalóan emeli a kiszűrt esetek számát, főleg az öngyilkosok interperszonális környezetének bevonódása révén. Ezenkívül az öngyilkosság-megelőző intézmény kutatásokat végez és koordinál az öngyilkossággal kapcsolatban, amely nagyon fontos feladat. A legnagyobb ilyen szolgálatnak, a Los Angeles-i Suicide Prevention Centernek pl. igen nagy szerepe van számos új felismerés létrejöttében és a modern ismeretek terjesztésében. Az öngyilkosság-megelőző szolgálatoknak ma nemzetközi szervezetük van, amely révén internacionális kutatási programokat hajtanak végre. Ilyen szolgálat megszervezése Magyarországon is követendő útnak látszik, legalábbis a legnagyobb városokban.

B) Az egészségügy fokozott és szakszerű törődése a kérdéssel

Egy további megelőzési módnak ígérkezik az egészségügyi ellátási rendszer fokozott törődése a hatássférájába bekerült öngyilkosságveszélyes emberekkel. Ez a feladatok bonyolult sorát rejti magában, amelyeket ma nemcsak megvalósítani, hanem kellően áttekinteni is nehéz. Logikai és ésszerű szervezési sorrendben e feladatok a következők:

1. Az öngyilkosságveszély jobb felismerése és ellátása a *pszichiátriai rendelőkben* és osztályokon. Ehhez a problémára irányuló nagyobb orvosi figyelem és szakértelem szükséges. Kell az öngyilkosság előtti szindróma és a segítségkérő kommunikáció szabályszerűségeinek jobb ismerete. Hasznosak azok a különböző skálák, amelyek emlékeztetik az orvost, hogy az öngyilkosságveszély szempontjából milyen jelenségekre kell figyelnie. Ilyen pl. a *Ringel-Stengel-Kielholz-skála*, amelyet gyakran egyszerűen *Kielholz-skála*-nak neveznek. E skálát praktikus jellege miatt érdemes ismertetni.

a) Tényleges öngyilkossági tematika és utalások

1. Korábbi öngyilkossági kísérlet vagy utalások.
2. Öngyilkosság előfordulása a családban vagy a környezetben (szuggesztív tényezők).
3. Direkt vagy indirekt öngyilkossági fenyegetések.
4. Konkrét képzetek közlése az öngyilkosság végrehajtási módjáról vagy előkészületi cselekvéseiről.
5. Korábbi öngyilkossági tematika és nyugtalanság utáni nyugalmi állapot („*unheimliche Ruhe*”).
6. Önmegsemmisítő, zuhanó vagy katasztrófaálmok.

b) Speciális szimptómák vagy szimptómaképek:

1. Szorongó, agított magatartás.
2. Hosszan tartó alvászavarok.
3. Affektus- és agressziópangás.
4. Depresszív fázisok vagy kevert állapotok (*Mischzustände*) kezdete vagy lezajlása.
5. Biológiai kríziskorszakok (pubertás, klimaktérium stb.).
6. Súlyos büntudat vagy elégtelenségi érzések.
7. Gyógyíthatatlan betegségek vagy ilyen betegségek téveseszméi.
8. Alkoholizmus és toxicománia.

c) Környezeti viszonyok:

1. Rossz családi helyzet a gyermekkorban („*broken home*”).
2. Emberi kapcsolatok hiánya vagy elvesztése (magányossá válás, gyökértelenedés, szerelmi csalódás, halálesetek stb.).
3. Foglalkozási vagy pénzügyi nehézségek.
4. Életcélok hiánya, feladatok hiánya.
5. Teherbíró vallási kötődés hiánya vagy megszűnése.

Kielholz és mtsai e skála minden tételéhez egy számot rendelnek, ha az adott tétel vonatkozik a betegre, ezt a számot nevéhez írják. E számok összessége a betegre vonatkoztatva a „Risikoiffer”, egy viszonyszám, amely az öngyilkosság veszélyének tapasztalati valószínűségét fejezi ki. E szám különböző értékeinél különféle ellátási sémák (pl. fokozott felügyelet vagy zárt osztályra helyezés) alkalmazására kerülhet sor (Kielholz, Pöldinger 1969, Ringel 1969, Wunnenberg és mtsai 1970). A gyakorlatban általában elég, ha az orvos átgondolja a skála tételeit betegével kapcsolatban. Természetesen szimplifikáció lenne azt állítani, hogy a pszichiátriai beteganyagban az öngyilkosság-megelőzés csupán ismereti probléma lenne, ehhez nyilvánvalóan kellő szervezési és anyagi ellátottság is kell, elsősorban több szakképzett ember a személyzetben.

2. Az öngyilkosságot megkíséreltek jobb ellátása és gondozása. Igazat kell adni *Kádárnak*, aki szerint az öngyilkosság megelőzésének legkézenfekvőbb lépése a baleseti belosztályok és pszichiátriai osztályok erősítése, jobb ellátása szakemberekkel és beavatkozási lehetőségekkel (Kádár 1968). Ezenkívül kívánatos ezeknek az embereknek a pszichológiai gondozása is, ehhez rendelők, pszichológiai tanácsadó és pszichoterápiás kapacitás, esetleg szociális gondozók szükségesek. Figyelemre méltó *Kun* kezdeményezése, aki öngyilkossági kísérleten átesettek számára klubot hozott létre, amelyben a csoporthoz tartozás érzését erősíti, valamint a kölcsönös segítségnyújtást tűzi ki célul. *Kun* a segítségadás serkentésével tudatosan igyekszik az említett infantilis kapcsolatigényt kielégíteni és kompenzálni, miközben a csoporthatásokon át pszichoterápiás célkitűzéseket is megvalósítani törekszik (Kun 1969).

3. *A pszichológiai szolgáltatások* hatókörének fokozása és elérhetőbbé tétele. Mint láttuk, az öngyilkosság problémája összefügg más mentálhigiénés kérdésekkel is, sokak szerint a mentálhigiéné „probléma-jéghegyének” ez a kiálló csücske, a látható részlete. Ezért a mentálhigiénés ellátás általános javulása kedvező hatással van az öngyilkosság megelőzési törekvéseire is, ha másképp nem, legalább azért, hogy a veszélyeztetett embereket egy kialakult szervezési keretben könnyebb szakszerű pszichológiai segítséghez juttatni. Az is feltételezhető, hogy a szuicidium előtti szindróma kialakulását egy széles körű pszichológiai tanácsadó és pszichoterápiás szolgálat gátolja, lassítja. Közismert, hogy ilyen szolgálat hazánkban ma még nem működik, csupán kezdeményezések vannak létrehozására.

4. *A gyakorló orvosok bevonása* az öngyilkosság megelőzésébe. Sok adat mutat arra, hogy a gyakorló orvos az a személy, aki a legkönnyebben, a legtermészetesebb módon és a legszabályszerűbben kerül kapcsolatba, vagy leg-

alább találkozunk az öngyilkosságot tervezővel. Vizsgálatok szerint az öngyilkosok és az öngyilkosságot megkísérlők nagy hányada járt orvosnál tettét megelőzően. Az egészségügyi szolgáltatások kiterjedésével párhuzamosan várható, hogy ez az arányszám még növekedni fog. Az orvos kedvező helyzetben van abból a szempontból is, hogy lehetősége van beszélgetni az őt felkeresővel, kérdéseket tehet fel neki, joga van intim dolgai iránt érdeklődni. Az orvos a közösségbe általában tekintélyszemély, alakját tisztelet veszi körül, tőle tanácsot, véleményt általában jobban elfogadnak, mint másoktól. Mindez együtt a gyakorló orvost az öngyilkosság-megelőzés kulcsfigurájává teszi. Ő ismerheti fel legkorábban az öngyilkosság előtti szindrómát, és figyelhet fel a halk segélykérő kommunikációra. Az orvos foglalkozik legközvetlenebbül a legnagyobb veszélyeztetett populációval, a testi betegek csoportjával.

A gyakorló orvosokat e feladatra, az öngyilkosság megelőzésében való részvételre külön képezni kellene. El kellene sajátítaniuk az öngyilkossági veszély felismerésére vonatkozó szabályszerűségeket, és ki kell alakítaniuk az öngyilkosságveszélyes emberrel való lélektani bánás készségeit. A segélykérő kommunikáció, az öngyilkosság előtti szindróma, valamint a Kiehlholzska ismertetanyagán kívül előnyös a veszélyeztetett kategóriák ismerete. Veszélyeztetett kategóriának tekinthető minden olyan lakosságcsoporthoz, amelyben az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet előfordulása szabályszerűen nagyobb, mint az átlagnépességben. Számos ilyen veszélyeztetett kategóriát említettünk eddig, ilyennek tekinthető még a politikai vagy vallási okokból üldözöttek csoportja, a bűnözők, a menekültek és bevándorlók, az urbanizációs folyamatban részt vevő emberek (faluról nagyvárosba költözők), egyetemi hallgatók stb. (Ross 1967, 1969). Két speciális veszélyeztetett kategória érdemel külön említést, az egyik az orvosok csoportja, a másik a baleset, különösen az autóbaleset után levők csoportja (Ringel 1969).

Az orvosok veszélyeztetettsége a hazai statisztikai adatokból nem derül ki, valószínűleg az esetek kis száma miatt (1966-ban 13, 1967-ben 7 orvos lett öngyilkos), ezt amerikai adatok azonban világosan mutatják. Egyébként az orvosrétegben a legnagyobb a valószínűsége annak, hogy az öngyilkossági kísérletek rejtve maradnak. Az Egyesült Államokban 100.000 azonos szakmájú orvosra vonatkoztatva évente 10 gyermekgyógyász, 25 kórboncnok, 25 sebész, 36 szülész és 61 pszichiáter lesz öngyilkos. Az egyes szakmák a gyermekgyógyásztól a pszichiáterig terjedő folyamatos gyakorisági sorrendben elhelyezve viszonylag egyenletes sort adnak (Blackly 1968). Nagy arányszámnak tűnik ez, persze önmagában, standardizálatlanul nem értékelhető kellőképpen. Valószínűsíti azonban az orvosréteg veszélyeztetettségét.

A baleset után levők veszélyeztetettsége a „larvált” szuicidium problémájára utal, amely pszichiátriai tapasztalatok alapján kétségtelenül létező jelenségnek látszik. Zavart, feszült, zaklatott idegállapotban, az életet igenlő és az élettől eltávolító erők küzdelme során gyakran következnek be tévceseletek vagy figyelmetlenségek következtében balesetek. Az autó különösen alkalmas ilyen háttérű balesetekre. Ilyen balesetek életbenmaradottjainak vizsgálata, vagy meghaltjainak „pszichológiai boncolása” gyakran deríti ki a szerveződő vagy már eléggé érett öngyilkosság előtti szindrómát, esetleg a segélykérő kommunikációk megtörténtét is. A baleset ilyenkor mintegy kompromisszum a belső ellentétek között, lépés a halál felé, azonban a tudatos döntés – és ezzel a felelősség – nélkül. Ezek az esetek az öngyilkosságról említett definíciókba nem vehetők bele, lényegében azonban az öngyilkossághoz tartoznak, az öngyilkosságok kutatásában figyelembe veendők. Finomabb pszichológiai vizsgálatok a baleset mögött rejlő vagy egyéb módon – nem tudatos disszimuláció révén, de – rejtett öngyilkosságoknak alfajait, alcsoportjait különítik el (Gibbs 1968, Porterfield 1968). Újabban ismeretessé válnak olyan öngyilkosságformák, amikor életfontosságú gyógyszert nem vesznek be emberek vagy éppen túlادagolnak, de nem olyan fokban, hogy mérgezést kapjanak tőle, hanem meglevő kórképük tünetei erősödnek. Ilyenkor a betegség lezajlását akarják siettetni, a halált közelebb hozni. Ismert pl. az antikoagulánsok vagy az inzulin ilyenfajta felhasználása.

A gyakorló orvos a veszélyeztetett csoportokban fokozottan figyelhet az öngyilkosságra utaló jegekre. A gyakorló orvos is igényel kapcsolódási lehetőséget öngyilkosság-megelőzéssel foglalkozó szervekkel, ha feladatát teljesíteni akarja, továbbá pszichiátriai osztályokkal és rendelőkkel, hiszen a felismert eseteket általában szakszerűbb vagy célszerűbb további segítséghez kell juttatnia.

5. Az egészségügynek és az orvosoknak szerepet kell vállalniuk *a társadalom mentálhigiénés befolyásolásában* is. Az öngyilkosságot kiváltó hatások az egészségügy szervezetén kívül, a társadalomban érik az embereket, itt találunk süket fülekre a segélykérő kommunikációk, itt uralkodik a szükségességnél kevesebb segítség és az interperszonális közömbösség vagy a versengés hangulata. Az öngyilkosság megelőzésének egyik tényezője lehet ennek megváltoztatása, enyhítése, a segítség, a kölcsönös megértés szellemének terjesztése. A tömegkommunikációs eszközök és a különböző társadalmi szervek ezt a befolyásolást az orvosok ösztönzésére és elvi irányítása mellett megkísérelhetik. Helyesebbnek látszik, ha ilyen befolyásolási próbálkozás nem beszél közvetlenül az öngyilkosságról, hanem általános mentálhigiénés célkitűzésű. Az

öngyilkossággal kapcsolatosan nem tesz jót a szokásos értelemben vett felvilágosítás – legalábbis mai ismereteink szerint, amelyek legalább százéves múltra tekintenek vissza már ebben a kérdésben is, ugyanis már a múlt század közepén javasolta *Morselli*, hogy az újságok ne írjanak az öngyilkosságokról. Az öngyilkosságról orvosi, pszichológiai és szociológiai szaklapok hasábjain kell írni, nem a nagyközönségnek vagy a „művelt laikusnak” szóló publikációkban, mert ezek a legjobb akarat és a legóvatosabb fogalmazás mellett is erősítik az öngyilkossággal foglalkozók speciális képzetanyagát, és hibás feldolgozási módok révén pszichés ártalmakká válhatnak. Emellett az ilyen közlemények felvilágosító értéke igen csekély. A szépirodalom, a dráma és a film öngyilkosság-ábrázolásait amúgy sem lehet befolyásolni, de ez nem is annyira lényeges, hiszen ezeket az emberek nem veszik annyira valóságzámba, mint a szakértők, elsősorban az orvosok szavait.

*

Mindenféle intézményes öngyilkosság-megelőzési próbálkozás az adott, egyedi, öngyilkosságveszélyes emberrel való helyes lélektani bánásmódra épül. Erről tehát szólni kell, különösen gondolva a gyakorló orvosra, tehát arra a helyzetre, amikor az öngyilkosságra készülő nem kér segítséget, sőt, szándékát titkolni igyekszik. A bánásmód alaptényezője a helyes lélektani megértés, a másik ember pszichés állapotaiba való *beleélés* – az *empátia* – *képessége az orvosban*. Ez *feltételez fokozott odafordulást és érdeklődést* a másik ember felé, *figyelmet* annak közlései és magatartásbeli megnyilvánulásai iránt, és *tudatos erőfeszítést* arra, hogy annak érzelmi állapotára ráhangolódjon. Az *empátia* az ember természetes képessége, amely azonban a civilizált, nagyvárosi mindennapokban elhalványul, „inaktivitási atrófiába” kerül. Az orvosi foglalkozás még inkább hozzájárul e képesség sorvadásához, hiszen a szomatikus gondolkodású orvos a kórismézés és a terápia ellenőrzése közben elsősorban „nyomozó”-munkát végez, a szervezet történéseire akar következtetni, és ha egyáltalán az anamnézist figyelembe veszi, abban is az objektív szervezeti folyamatok tükröződését keresi. A fájdalom pl. nem mint a beteg élménye érdekli, hanem mint diagnosztikai adat vagy a kórfolyamat súlyosságának jelzője vagy éppen a legújabb és kipróbálás alatt álló analgeticum hatékonyságának mérője. Ahol a fájdalom gyors beavatkozással megszüntethető, ott a szubjektív élmény kevésbé érdekes, krónikus beteg fájdalmaiban azonban az empátiás tényező szerepe óriási lehet. És még a fájdalom az a lelkiállapot, amely az orvoshoz legközelebb áll, a többi emocionális jelenségre figyelmet alig szentel!

Az empátia „sorvadt” képessége bizonyos gyakorlással, önmegfigyeléssel, akarással feléleszthető és fejleszthető, ennek nyomán a gyakorló orvos fokozottabban képes az öngyilkosság előtti szindróma felismerésére és a segélykérő kommunikáció esetleg gyenge jelzéseinek felfogására, rendelkezvén a megfelelő „vevőapparátussal”. E képesség kifejlődése egyébként az öngyilkosságtól függetlenül is igen hasznos az orvos számára, mindenféle ténykedésben, de különösen a betegek pszichológiai vezetésében, vagy a *Bálint Mihály* által igényelt „embercentrikus” medicinában. Az öngyilkosság szempontjából az empátia azért igen fontos, mert az esetek többségében az orvos még a segélykérő kommunikációt sem kapja meg, hiszen általában az a lényeges személyeknek, kapcsolati partnereknek szól. Általában ha az orvos ilyen jelzést kap, azt viszonylag jó prognosztikus jelként értékelheti a beavatkozás, a megelőzés lehetősége tekintetében. Az empátia segítségével elérhető felismerésekről egyébként igen sok leírás van a szakirodalomban, néha ezek a felismerések annyira pontosak, hogy szinte a telepátia gondolatát ébresztik, pedig az empátiában semmi misztikus nincs, az tulajdonképpen az emberben rendkívül fejlett és sokrétű, nem verbális kommunikáció egyfajta dekódolási módja (Fawcett és mtsai 1969, Greenbank 1957, Katz 1963, Weiss 1959).

Az öngyilkosságveszélyesnek ítélt betegnek valamit *adni* kell. Ez a valami többnyire szimbolikus dolog. Ez az ellátás első lépése. Adni kell fokozott törődést, érett és őszinte odafordulást, megbecsülést, megértést, néhány jó szóban, gesztusban biztatást, esetleg szeretetet. A jó orvos ezekből valamicskét minden betegének ad, de itt többre van szükség. Az öngyilkossággal küszködő ember számára ez nagy dolog, ez egy pillanatra kimozdíthatja beszűkültségéből, ebben megkapaszkodhat, erre kapcsolati készség kinyilvánításával válaszolhat. Erre a válaszra – amely a szimbolikus adás célja – következhet az orvosi segítség második lépése, az orvos ajánlata a kapcsolatra, a készség kinyilvánítása, hogy hajlandó az illető dolgairól beszélni, próbálkozik segíteni. Ilyenkor általában adódik alkalom a beteg visszarendelésére, meghallgatására.

Az öngyilkosság előtt álló emberrel szemben igen fontos az orvos őszinte, szorongásmentes viselkedése. A bajbajutott ember – aki eleve ellenségesen és gyanakvóan hangolt – saját, felfokozott és az autodestrukció szolgálatába állított empátiája révén minden disszonáns elemet észrevesz az orvos viselkedésében és közlésmódjában. A szorongást különösen észreveszi, ez pedig visszajelentés számára, hogy most tervét már a másik ember is érzi, hogy egy idegen őt aggódva sajnálja, félti. Ilyenkor az orvos szorongásában mindig önös féltés van, a saját felelőssége vagy tehetetlensége miatt szorong. Ez álta-

lában az öngyilkossági képzetkomplexust erősíti a betegben, a kapcsolat kialakítását nehezíti. A bajbajutott embert általában elriasztja a leggyakoribb orvosi őszintétlenség, inkongruencia, az orvosi „manier”, a „bedside manner”, az oly gyakori fölényes nyájasság, a demonstratív hangoztatott segítőkészség. Ezt különösen kerülni kell. Az öngyilkosságveszélyes emberrel eleinte nem elsősorban szóban, hanem őszinte emberi gesztusokban kell érintkezni. A szó feladata a már kialakult kapcsolatban jön meg.

Ha valahol van tere és szükségessége a gyakorló orvos sokat emlegetett „kis pszichoterápiájának”, akkor az olyan öngyilkosságveszélyes emberrel szemben van, akit az orvos be tud vonni az átlagosnál mélyebb orvos-beteg kapcsolatba, és akivel problémáiról beszélgetésre nyílik alkalma. Ekkor az orvosnak arra kell törekednie, hogy az illető elmondja problémáit, minél elevebben, minél több emócióval. Lehetőleg a problémákról beszéljen, ne az öngyilkossági tervről vagy szándékról; amennyire lehetséges, kerülni kell, hogy a beteg ezt verbalizálja. A problémák emberi megbeszélése során felszabaduló indulatoknak és érzelmeknek *katartikus* szerepük lehet, oldhatják a beszűkülést, és a pszichés helyzetet holtpontjából kimozdíthatják. Ennek a beszélgetésnek során az orvosnak ki kell lépnie orvosi szerepéből, embertárssá kell válnia, aki megért, együttérz. Az őszinteség, a kongruencia szabálya ekkor is igen fontos, nem szabad adni a „sokat tapasztaltat” vagy a „szakembert”, nem kell törekedni a másik ember problémájának megoldására, sem tanácsban, sem egyéb módon, hiszen ez általában nem is lehetséges, ezt neki magának kell elvégeznie. Különösen nem szabad a problémák megoldását ígérni, mert ennek az orvos nem tud eleget tenni, ez eleve alááshatja a kapcsolatot, a beteg elveszítheti benne a bizalmát.

Az ilyenfajta beszélgetés az orvos és az öngyilkosságveszélyes ember kapcsolatát még tovább erősítheti, ez adhatja az alapot a negyedik lépésre, a szakszerű segítség igénybevételére való rábeszélésre.

Alá kell húzni azt a szabályt, hogy az „öngyilkosság” szót vagy annak bármely szinonimáját az orvos ne mondja ki, mert ezzel mintegy ötletet ad, az öngyilkosság előtti szindróma evolúcióját segíti. A szakirodalomban egyedül *Kielholz* ajánlja, hogy a depresszív beteggel nyíltan meg kell beszélni az öngyilkosság veszélyét vagy a beteg ilyen késztetéseit, komoly szándék esetén pedig meg kell kérni, hogy adjon időt és lehetőséget a segítségre. Ez az ajánlata azonban kezelésben levő, erős orvos-beteg kapcsolatban vont, többnyire zárt osztályon kezelt betegekre vonatkozik (Wunnenberg és mtsai 1970). Több szerző még ezt sem ajánlja. A gyakorló orvos számára ez az eljárás semmiképpen nem célszerű. Nem szabad elfelejteni, hogy ha az orvos „belép” az

öngyilkossági folyamatba, a nil nocere elvhez a legszigorúbban, ezúttal finom lélektani értelemben is, tartania kell magát. Vizsgálatok kimutatják, hogy még zárt osztályokon elkövetett (tehát igen erős motiváltságú, kétségtelenül kóros szuicidiumok) esetében is rendszerint orvosi hibák, az orvosi viselkedés apró, kontrollálatlan megnyilvánulásai, köztük gyakran az öngyilkosság veszélyének említései, kifejezései voltak a precipitatív tényezők (Kobler, Stotland 1964, Rotov 1970, Stotland, Kobler 1965).

A segélykérő kommunikáció vagy a nyílt öngyilkossági fenyegetés esetén az orvosnak könnyebb a dolga. Itt fontos alapszabály, hogy *minden, öngyilkos kommunikációt komolyan kell venni*, legyen az bármilyen valószínűtlen vagy bármennyire is ijesztgetés vagy lélektani zsarolás. Pszichológiai értelemben kell komolyan venni, vagyis minden eset fokozott odafordulást és megértő erőfeszítést igényel. Az öngyilkossággal fenyegetőző „hisztériás” is valamiért kényszerül ehhez az eszközhöz folyamodni, ezt az okot fel kell tárni, meg kell ismerni. Sohasem lehet tudni, hogy egy habituális „ijesztgető” mikor „eszkalálja” fenyegetéseit tényleges kísérletté. A segélykérő embereknél különösen fontos, hogy őszintén és emberien foglalkozzunk velük, problémáikat és érzelmeiket, indulataikat ventillálni segítsük, anélkül, hogy problémáiknak megoldására ígéretet tennénk. A kapcsolat hitelbázisán azután egyszerű tanácsok, útmutatások adhatók.

Az öngyilkosságveszélyes ember megközelítésében a gyakorló orvos felhasználhatja azt a lehetőségét, hogy az illetőt lakásán felkeresheti, pl. gondozás címén, ezáltal részben ellenőrzés alatt tartja, részben pedig emberi segítőkészségét, megértését, kapcsolatra való hajlandóságát ismételten felkínálja. Indokolt esetben a gyakorló orvos közbenjárhat a beteg érdekében hozzátartozóinál, felhívhatja figyelmüket az öngyilkosság veszélyére és tanácsolhatja a fokozottabb törődést, vagy a beteg alapvető problémájának enyhítését.

Az öngyilkosság készítése ellen nyíltan segítséget kérő embert már lehet betegnek kezelni és szakszerű ellátásra továbbküldeni. Ha az öngyilkosság veszélyének kórismézése kétségtelen, orvosi és jogi erejű valószínűségekkel támasztható alá, akkor természetesen minden orvos kötelessége, hogy a beteget zárt osztályra utalja (akit ez esetben az orvosi ténykedés szempontjából pszichés állapotától függetlenül egyértelműen betegként kezelhet).

Öngyilkosságveszélyes egyén *pszichoterápiájára* – a pszichológiai bánásmód eme ötödik, legtöbbször szükséges lépésére – csak tapasztalt pszichoterapeuta vállalkozzon. Az ilyen betegek pszichoterápiájának sajátos nehézségei vannak, ezek közül kiemelendő az, hogy a beteg a maga sajátos viszonyulási módját az orvossal mint tekintélyszeméllyel szemben is kialakítja,

kapcsolata ahhoz is ambivalenssé válik, és vele szemben is kitermeli magában ugyanazokat a frusztrációkat, amelyeket élete egyéb kapcsolataiban elszenved. Ezzel – a pszichoterápiás gyakorlatban *indulatáttételnek* nevezett – jelenséggel meg kell tudni birkózni, és ennek erőit és eseményeit a pszichoterápia céljainak szolgálatába kell tudni állítani. Ez a sajátos kapcsolatminta néha azt hozza magával, hogy a beteg az orvost kezdi fenyegetni az öngyilkossággal, és kezdi el mintegy zsarolni. Ez nagyon nehéz helyzeteket terem, ilyenek kapcsán az orvos, a pszichoterapeuta ugyanúgy de facto elveszthet emberéletet, mint ahogyan a sebész vagy a belgyógyász. Ilyen helyzetek megoldásához néha komoly szakértelem és tapasztalat kell. Előfordulhat a gyakorló orvossal is, hogy a preszuicid beteggel való foglalkozás közben a beteg lélektanilag „belekapaszkodik”, és az öngyilkossági fenyegetés már neki szól. Ilyenkor pszichoterapeuta segítségét, legalábbis szupervízióját kell igénybe venni. Az öngyilkosságveszélyes emberek pszichoterápiájában szakértelmet kívánnak még más, speciális technikai nehézségek és terápiás taktikai megfontolások is (Litman 1966, Stone, Shein 1968).

Az öngyilkosság különféle problémáiról szóló áttekintésünket a további kutatás szükségességének megállapításával kell zárunk. A kutatásnak ki kell terjednie a kérdéskomplexus minden részletére, de különösen társas- és személyiséglélektani vetületére, és a megelőzés lehetőségeinek és elveinek kidolgozására. Ebben a kutatásban a magyar szakembereknek az eddiginél nagyobb részt kell vállalniuk, tekintettel az öngyilkosság hazai elterjedtségére, „endémias” jellegére.

Az orvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében

Amióta csak foglalkoznak a medicinában és különféle társadalomtudományi ágakban a kóros magatartásformák vizsgálatával, kutatásával – kb. száz éve –, az öngyilkosság problematikája iránt az érdeklődés igen nagy. Már a múlt század végén nagy számú elméleti tanulmány, statisztikai elemzés és klinikai megfigyelés vált ismeretessé, amelyeknek nemcsak száma, hanem tudományos színvonala is magas volt, meghaladta pl. az elmebetegségeket vagy az alkoholizmust tárgyaló munkákét. Századunk húszas éveiben pedig már olyan bibliográfiák jelentek meg, amelyek több ezer, öngyilkosságra vonatkozó tudományos közlemény címét tartalmazták.

Az összegyűlt óriási mennyiségű ismeret és adat ellenére kb. az ötvenes évek végéig az öngyilkosság szabályszerűségeinek feltárásában kevés előrehaladás történt. Azóta viszont néhány igen lényeges tudományos felismerés született, amely elméleti szinten leírhatóvá és megragadhatóvá tette az öngyilkosság pszichodinamikáját és társaslélektani folyamatait, a gyakorlat terén pedig megjelölte a megelőzés lehetőségeit, módzatait. E felismerések nyomán a kérdés iránt a tudományos érdeklődés és a kutatások volumene világ-szerte még nőtt.

Az utóbbi években a magyar orvosi köztudat is egyre jobban érdeklődik az öngyilkosság jelenségei iránt. Feltételezhető, hogy ennek fő mozgatója az *öngyilkosságok nagy gyakorisága* hazánkban. Különböző statisztikák, így többek között a Világegészségügyi Szervezet statisztikai adatai ismételtlen nyilvánosságra hozzák, hogy Magyarországon évente *háromezernél több öngyilkosság* történik, és ezzel az öngyilkosság gyakorisága tekintetében legelöl állunk a világ országai között. Ezek az adatok azt a látszatot keltik, mintha az öngyilkosság nálunk valami különleges, egyedi gyakorisággal szedné áldozatait, mintha „magyar betegség” volna. Az öngyilkosság kutatói jól tudják, hogy az öngyilkossági statisztikák nagyon megbízhatatlanok, nemzetközi összehasonlításra gyakran alkalmatlanok, és ezért egyáltalán nem biztos, hogy hazánk tényleg ilyen kedvezőtlen helyzetben van. Lehetséges, hogy csak *statisztikai adatfelvételi rendszerünk* pontosabb, mint más országoké, és

kevesebb olyan társadalmi folyamat hat rá, amely az öngyilkosság tényét igyekszik elleplezni és más halálteki kategóriába sorolni (ilyen folyamatok eredhetnek vallási hatásokból, életbiztosítási rendszabályokból stb.). Mindenesetre a számok megdöbbentően magasak, és kétségtelenné teszik, hogy az öngyilkosság nálunk elég gyakori jelenség ahhoz, hogy a vele foglalkozni hivatott szakemberek kitüntetett figyelmét megérdemlje. E szakemberek között van az orvos is. Ezért az orvosi köztudat fokozódó érdeklődése jogos és aktuális. Külön indokolja az a tény, hogy a halállal végződő öngyilkosságok nagy hányada és az öngyilkossági kísérletek egész tömege *orvosi ellátási problémává* válik, mérgezési vagy traumatológiai esetté, amely nagy terheket ró a már amúgy is igen megterhelt egészségügyi ellátási rendszerre, és igen sok orvosi munkát vesz igénybe. Az öngyilkosság tehát tényénél fogva „betegséggé” válik, amely iránt az orvosnak érdeklődni kell a gyógyítás és a megelőzés szempontjából egyaránt.

Az utóbbi évtized felismerései az orvosi érdeklődés jogosultságát és szükségességét még abból a megfontolásból is külön kiemelik, hogy *az orvos számára nyílik a legtöbb lehetőség az öngyilkosság megelőzésére, az öngyilkossági szándék korai felismerésére és elhárítására*. Az orvos ugyanis nemcsak post factum találkozhat rendszeresen az öngyilkossággal, amikor már csak a súlyosan károsodott *organizmus* biológiai egyensúlyainak helyreállítása és reparatív erőinek serkentése lehet a feladata. A modern társadalomban az orvos az a személy, aki a leggyakrabban, a legnagyobb szabályszerűséggel kerül kapcsolatba mindennapi munkája során a kétségbeesett, feszült *emberrel*, az egzisztenciájában meghasonlott lélektani *személyiséggel*, amelyben érik a szuicid cselekmény szándéka és birkóznak az életet igenlő és a problémáktól az élet árán is szabadulni akaró erők.

Ez a találkozás voltaképpen egyre gyakoribb lesz, hiszen a társadalmat a medicina és az egészségügy egyre inkább átszövi, áthálózza szolgáltatásaival. Ennek következtében az orvos nemcsak a klasszikus értelemben vett beteggel foglalkozik, aki szervezete biológiai működészavarai miatt betegségtudattal, panaszokkal fordul hozzá. Valamilyen formában lassan mindenki orvos „páciense” lesz. Egyrészt a *betegség fogalomköre ma tágul, és egyre több olyan panaszt, diszkomfort-érzést és viselkedési anomáliát foglal magában, amelyben szervi elváltozást kimutatni nem lehet, és amelyben a medicina szokványos gyógy módjai keveset segítenek. Emberi, emocionális – úgy mondjuk: neurotikus, funkcionális – problémák ezek, amelyek a betegség tüneti képével és panaszretorikájával jelentkeznek, diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai nehézségeket támasztanak, az orvos nem utasíthatja el őket*. Másrészt bővül

az orvos szerepköre a társadalomban, erősödik egyfajta minősítő funkciója: munkaképességet bírál el, alkalmasságot vizsgál, más szolgáltatások igénybevételére ad engedélyeket és javaslatokat stb. Ennek kapcsán igen sok ember felkeresi és megnyílik előtte, olyanok, akik mint betegek nem vennék igénybe, mert nem érzik betegnek magukat. De a preventív szemlélet hatására *megváltozik az orvosi munka jellege* is. Az orvos nemcsak gyógyít; gondozza a krónikus betegeket és a veszélyeztetett korcsoportokat és rétegeket, szűrővizsgálatokat és rendszeres ellenőrző vizsgálatokat végez, közegészségügyi rendszabályok őre, véradókat, szövet- és szervdonorokat vizsgál, sőt, egészségügyi felvilágosító munkát végez stb. Sokrétű tevékenysége során egyre nagyobb, és bármely más hivatással vagy foglalkozási kategóriával szemben különlegesen nagy valószínűséggel találkozunk az öngyilkosjelölttel, amikor még az szándékát formálja, tettét mérlegeli.

Nemcsak nagyobb valószínűséggel találkozunk vele, hanem az öngyilkosság előtti *sajátos lelkiállapot felismerésére* is kiváltságos alkalmak vannak. Lehetősége van embereket alaposan megfigyelni és kikérdezni, az orvos-beteg viszony keretében, amelyet a bizalom légköre jellemez, és amelyben az orvossal szemben legitim és lehetséges érzelmeket nyilvánítani, megszólaltatni az élet bajait, a lét panaszait, lehet részvétre, együttérzésre, segítségre számítani. Sokat emlegetik ma, hogy ez a klasszikus, nemesen humanista viszonyforma is ridegebb, személytelenebb lesz. Ez lehetséges, mégis az a valószínűbb, hogy megmaradt érzelmi tartalmának jelentősége és szerepe folyton nő, mivel a társadalmi változások még erőteljesebben és gyorsabban személytelenítik és felbontják a megértést, szimpátiát és érzelmi, emberi segítséget adó hagyományos kapcsolatformákat: megszűnik a nagy család, a migráció és az urbanizáció fellazítja a rokoni kötelékeket és a közösségi relációkat, a kis család is növekvő feszültségek alá kerül, és a társas kapcsolatokba – még intim változataikba is – egyre inkább behatol a versengés, a kölcsönös bizalmatlanság és gyanakvás szelleme; az egyház már nem tud vigaszt és támaszt nyújtani sajátos csoportjaival és papi odafordulási módjaival stb. Az egyén kicsit magára marad a társadalmi és technikai változások rapid áramlatában, és míg érenek, kristályosodnak az új, talán a régieknél jobb és emberibb társas érintkezési és kapcsolódási formák, jobban rászorul az orvosra, elviszi hozzá mágikus segítségvágyát, néha irreális igényeit, félelmeit, sőt, gyakran még visszafojtott indulatait és haragját is.

Az orvost körülvevő racionális tekintély és hagyományos mágikus aura az ő szavának ad különlegesen nagy súlyt. A tekintély és a beteg bizalma az orvost helyezi az *öngyilkosság-megelőzés* végrehajtásának, lebonyolításának

középpontjába is. Az ő lélektani hatása, tanácsa, gyógyszere vagy segítő akciója hordozza a legnagyobb esélyt, hogy az öngyilkosság felé vezető örvényfolyamatot befolyásolni tudja. Nagy érték már pusztán e folyamat meglassítása is. Sehol nem érvényes annyira a régi elv, mint a szuicidium terén: Qui habet tempus, habet vitam. Az orvosi segítség az idő nyelésével megnyithatja az utat késlekedő, hatékonyabb emberi segítségnek számára, lehetővé teheti a feszült, traumatikus kapcsolatok átrendeződését, megerősíthet élethez kötő motivációs erőket stb.

Az orvos e különleges lehetőségeinek megvalósításához és alkalmainak kihasználásához azonban ma sok feltétel hiányzik. Talán leginkább hiányzik az orvosok *pszichológiai szemlélete és kulturáltsága*. Ez a hiány nem elsősorban lélektani ismeretekre vagy gondolkodásmódra vonatkozik, hanem az *érzelmi megértés* képességére, amit a pszichiáterek *empátiának*, a másik érzelmi állapotára való ráhangolódásnak, beleélésnek neveznek. Ez a képesség kapcsolódik ismeretekhez és sokban függ az orvos saját személyiségétől is, de tanítható, elsajátítható, fejleszthető, olyan gyakorlati, élményszerű módszerekkel, amelyek hatására az orvos kissé jobban megismeri önmagát, megtanul rezonálni a másik emberre és ezt a belső rezonanciát önmagában felismerni. Ilyen árnyalt, finom érzelmi megértés elengedhetetlen a szuicidium felé sodró emocionális kavargás megsejtéséhez, különösen a végállapotokban, amikor az ember már gyakran néma, sőt disszimulál, csak tekintete, mimikája, hangjának modulációja jelzi, hogy az emberi lét furcsa paradoxonjára, az önkezü halálra készül. Ilyen érzelmi szenzibilitás kell az orvos-beteg kapcsolat számos egyéb problémájának percepciójához és megoldásához is, de kell az egészségügyi pályákon kívül az élet különböző területein is. Sajátos, ún. „sensitivity group”-ok keretében gyakoroltatják ezt a képességet sok helyen vezetőikkel és emberekkel foglalkozó egyéb szakmák képviselőivel. Egyes oktatási formák az orvosképzésben is kísérleteznek vele, orvosi szociológiai és orvosi pszichológiai studiumokban. Általában azonban az orvosokban ez a képesség inkább visszafejlődik jelenleg pályájuk során, egyre jobban beszűkül a figyelmük a mind jobban kitaruló biológiai-szervi törvényszerűségekre, amelyeket a szigorú logikával és racionális gondolkodással ismernek meg, és egyre kevesebb érzékük lesz a személyiség idioszinkráziái, a külső és hideg megfigyelő számára „irracionalisnak” tűnő dolgai iránt.

Hiányzik az orvosokban a hatékony *érzelmi viselkedés és kommunikáció* képessége és készsége, amely a felismert öngyilkosjelöltet megragadni, befolyásolni képes. Az érzelmi odafordulás, az együttérzés és a törődés *genuin kifejezésének*, emberi gesztusok adásának képessége ez, valamint az orvos és a

beteg között kibontakozó emocionális kapcsolat erőivel való operáció képessége. Szintén fejleszthető, gyakorolható kvalitás, amely nem egyszerűen intellektuális képzettség, tudás dolga.

Az emocionális képességek hiánya mellett hiányoznak a megfelelő ismeretek is, elsősorban az *emberi kommunikáció* és *kapcsolati viselkedésnek*, a szuicidium társas és intrapszichés dinamikájának, valamint az egyszerűbb pszichés hatásmódoknak bizonyos ismerete.

Ezek az orvosban rejlő hiányok ma szinte betölthetetlenek, hiszen az orvosképzés egyszerűen nem lehet abban a helyzetben, hogy ezt megvalósítani tudja, többek között az említett képességek és ismeretek fluiditása, standardizálatlansága és az oktatásukhoz, fejlesztésükhöz szükséges apparátusok és szakemberek óriási költségei miatt. A öngyilkosság megelőzése *minden gyakorló orvos* lehetősége, ezért e képességeket minden gyakorló orvosban fel kellene kelteni. Megoldási nehézsége ellenére a jövő útja erre felé vezet, nem egyszerűen az öngyilkosság szűk problémája miatt; az öngyilkosság szorosan összefügg az egész orvosi szemlélet pszichológiai orientáltságával és az orvosi munka valamennyi pszichológiai és pszichoszociális vetületével, problémájával, ezeknek fejlődése nélkül az öngyilkossághoz való orvosi odaállás alig fejlődhet önmagában.

Az orvosi személyiség hiányain kívül az egészségügyi ellátás rendszerében is hiányoznak a feltételek. Kellenek osztályok, speciális rendelők, pszichoterápiás lehetőségek hálózata, amely az öngyilkosságveszélyes emberekkel tovább foglalkozni tud, éjjel-nappal elérhető szolgálat, szociális gondozók és klinikai pszichológusok sora, hatékony szervezeti kapcsolatok társadalmi szervekkel, rendőrséggel, tanáccsal stb. Mindez óriási költséget és szervezési munkát jelentene, és távolról sem oldaná meg az öngyilkosság problémáját, legjobb esetben gyakoriságát csökkentené, hiszen az öngyilkosság társadalmi és lélektani folyamatok következménye, amelyeknek végállapota már nem mindig visszafordítható. *Minden törekvés azonban az öngyilkosság megelőző elhárítására a pszichológiai ellátás javulását és általában az egészségügyi ellátás kulturáltságát emelné.* A szuicidium ezért is érdemel külön figyelmet, az emberi problémák olyan csomópontja, amelynek megmozdításával hatni lehet egy sereg más, fontos jelenségre.

Az orvosoknak fokozottabban kell foglalkozniuk az öngyilkossággal, azért is, mert az orvos *társadalmi tekintélye* alkalmas leginkább arra, hogy a társadalom figyelmét felhívja a tennivalókra vele kapcsolatban. Orvosnak kell hirdetnie az öngyilkosság-megelőző szolgáltatások fontosságát, az öngyilkosság-kutatás szükségességét, mint ahogyan neki kell kezdeményeznie a *men-*

tálhigiéné fejlesztését is, amelynek hatnia kellene az emberi kapcsolatok tónusára, terjesztenie kellene a kölcsönös érzelmi megértést és emberi segítséget a lakosságban. Az öngyilkosság nagy társadalmi terhe, problémája tehát ismét kiterjeszti, tovább bővíti az orvos feladatkörét. Ezt el kell vállalnunk, a társadalmi igény miatt nem is lehet kitérni előle, de nemes, humánus, a szó igazi értelmében orvosi feladat is, amelyért érdemes fáradoznunk.«MDNM»

A közvetlen öngyilkosságveszély és kezelése – különös tekintettel a gyakorló orvosra

A négy tanulmány és a szerkesztőségi közlemény mondanivalója ma is aktuális és vállalható, a kutatások és tapasztalatok azóta hoztak újat, de ezek a szemléleten nem változtattak számottevően. Az írások egy mozzanata szorul kommentárra, és ez a közvetlen öngyilkosságveszély kezelése. Akkor azt a tanácsot adtam a gyakorló orvosnak, hogy az öngyilkosságveszélyt ne verbálizálják, hanem a probléma kimondása nélkül próbáljanak megtenni mindent.

Ma még ez az ajánlás így túl summás, a helyzet e téren változott.

Ma is érvényes, hogy az öngyilkosságveszély megbeszélése a beteggel –, illetve segítő szolgálatokban a klienssel – nagy óvatosságot igényel. Még akkor is, ha ő maga hozza elő a témát, de ez esetben a viszonyok egyszerűbbek, hiszen akkor már kell foglalkozni a dologgal, akkor már ki sem lehet térni a téma elől. A kijelentő, mintegy *értelmező* közlés a nehéz. Ez sokban hasonlít a kedvezőtlen kórjóslat, azaz a közeli halál lehetőségének kimondásához. *Stratégia* kell e kijelentés megtételéhez, a szót további beavatkozások kell kövessék, és a szót, mint valamiféle műszer, intervenció a közlő felelőssége, és a segítő gyakorlatban, kivált az orvosi munkában, ahol a felelősségviszonyok a legélesebbek, fel kell készülni a szövődmények, a keletkező problémák elhárítására is.

Ha úgy tetszik, az öngyilkosságveszély megbeszélése *pszichoterápia*, olyan feladat, amelyhez pszichoterápiás képességek, készségek, tapasztalatok kellene.

Ez a körülmény már akkor világos volt számomra, amikor az Orvosi Hetilap felkérésére megírtam a tanulmányokat. Már tapasztaltam, hogy az öngyilkosság szándékának kimondása, még akkor is, ha ezt a páciens teszi, bizonyos mértékig beszűkíti a segítő kapcsolatot. A segítő szorongani kezd, elbizonytalanodik, figyelme főleg e veszélyre és elhárítására irányul. Holott éppen ki kellene tágulnia a terápiás relációnak, az egyetlen igazi eszköz ilyenkor a páciens, kliens kötődése, és az őszinte segítőkézség, a terapeuta érdeklődése, a saját fontosság átélése a terapeuta viszonyulásának, kommunikációjának tük-

rében. A kliens, illetve a páciens számára a megfogalmazott veszély egyfajta „írás a falon”, sajátos belső minősítés, amelyet az öngyilkossági krízisben lévő ember egyfajta ígéretnek, sőt, kötelezettségnek él meg. A segítő természetesen le akarja beszélni őt az öngyilkosságról, ő azonban nem enged, hiszen az öngyilkossági döntés a személyiség autonómiájának utolsó restitúciós lehetősége, és ezt a lehetőséget senki sem adja ki könnyen a kezéből. Gyakran kommunikációs zárlat lép fel emiatt, az öngyilkosságra készülő nem mer szabadon beszélni a témáról, a segítő szorongása a belső dilemmákat erősíti, az imminens veszély idegen testként ékelődhet a segítő kapcsolatba. Gyakran sajátos „játzsma” – egyfajta „rabló-pandúr” játzsma – alakul ki a segítő és a kliens között, és ez is az öngyilkossági cselekmény készítetéseit erősíti. Ha „csak” öngyilkossági kísérlet is következik be, nagyon megterhelő élmény jön létre a segítő számára, a terápiás kapcsolat rendszerint megszakad, az eseményt mindenki kudarcnak éli meg, ha pedig az öngyilkosság „sikeres”, akkor szinte pszichotrauma történik, amelyben a segítőnek is segítségre lehet szüksége (mindkét esetben speciális ún. posztvenciók beavatkozásai, pl. sajátos szupervíziós munka célszerű a lelki következmények feldolgozásához).

Mivel a tanulmányok megírására éppen az készítetett, hogy orvosi gyakorlatomban nagyon sok öngyilkosságvesztélyes beteggel találkoztam, és ezek anamnéziséből, krízisfeldolgozó, illetve konziliáriusi munkám során sokszor megfigyelhettem az öngyilkosságvesztély óvatlan vagy nem kellően stratégiai folyamatba ágyazott kimondásának kockázatait és kárait, inkább a kimondással kapcsolatos óvatosságra és tartózkodásra intettem az olvasót.

Erősen befolyásolt egy könyv is, amely éppen e sajátos játzsma-írt le, és egy pszichiátriai osztályon szinte járványszerű öngyilkossági sorozat magyarázatát adta ennek alapján (Kobler, Stotland 1964). A könyvből szemelvényt is vettem fel *A deviáns viselkedés szociológiája* című, a hetvenes évek elején készülő kötetünkbe (Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974, 381-399.).

Már akkor is szóba került öngyilkossággal foglalkozó kollégáimmal beszélgetve, hogy a kimondás kerülése bizonyos beavatkozási lehetőségeket elzár a segítő számára, tehát talán nem szerencsés a tanács, vagy túl leegyszerűsített. Ez kétségtelenül igaz. Éppen ezért, huszonöt év távlatából ezt a tanácsot kiegészíteni, módosítani szeretném.

Mai felfogásom szerint az *öngyilkosságvesztély korai felismerése* nagyon fontos a terápiás kapcsolatban, illetve a segítő munkába. Ennek fázisai vannak. Lehetőségként, hipotézisként fel kell merülnie a veszélynek a segítő szakmai gondolkodásában, az eset megközelítésében, ha az ismert kockázati tényezők fennállása tudott, illetve az anamnézisből és/vagy heteroanam-

nézisből megtudható. Ilyen kockázati tényező a klinikai jellegű pszichiátriai kórkép, különösen a depresszió és a szkizofrénia, az izoláció, a támaszt jelentő kapcsolatok vagy hálózatok hiánya, a korábban már megkísérelt öngyilkosság, a családban már előforduló önkezü halál, az öngyilkosság eszközének könnyű hozzáférhetősége stb. Számítanak a gyanúban olyan körülmények is, mint a nem, a vallásosság, az életkor. Természetesen a gyanút erősíti minden krízis, és már diagnosztikus szintre emeli, ha a Ringel-féle preszuicidális szindrómára utaló tünetek észlelhetők. A gyanút az exploráció és a megfigyelés során tisztázni kell. Optimálisan nem direkt és nyílt kérdésekkel, hanem az *empátia* alkalmazásával. Már a gyanú is indikáció arra, hogy a segítő kapcsolatot erőssé próbáljuk tenni, tehát a segítő transzparenciája (és a többi ún. rogersi változó megvalósítása) mellett ki tudjuk fejezni a törődést, figyelmet, gondoskodást, illetve feldogozzuk a beteg negatív viszonyulási formáit, a „negatív indulatáttétel” jeleit. A kliens érdekében fontos, hogy a terápiás vagy segítő szituáció minél több szakmai szereplőjével, munkatársával legyen külön, jó kapcsolat, itt laikus segítőtől ápolónőkn, szociális munkásokon vagy pszichológusokon keresztül a terapeuta-team más tagjaiig mindenki számításba jöhet, mint segítő, közreműködő az öngyilkosságveszély elhárításában. Kórházi vagy más intézeti keretben gyakran egyszerű munkatársakkal kialakult emberi kapcsolat életmentő lehet. Amennyire lehet, mozgósítani kell a kliens meglévő emberi kapcsolatait, támaszrendszerét. Az öngyilkossági veszély kimondása családtag vagy más fontos környezeti személy felé ugyancsak stratégiai lépés, és csak akkor célszerű, ha attól segítséget, a kliens számára valamilyen védelmet remélhetünk, számolni kell azzal, hogy a megfogalmazott veszély a hozzátartozó viselkedését is megváltoztathatja, és így visszahat az öngyilkosságveszélyes emberre is.

Ha a segítő kapcsolat elég erős, ha a segítő foglalkozásnak jó lendülete van, és az öngyilkosságveszélyes ember bízik és reménykedik a segítségben, az öngyilkosságveszély kimondható abból a célból, hogy ezáltal valamiféle *egyezmény*, jelképes vagy valós *szereződés* legyen kialakítható, és a kliens maga is vállalja, hogy ellenáll az öngyilkossági késztetésnek. E megállapodás kiterjedhet hozzátartozókra vagy a segítő team tagjaira is, és együttműködési szabályokat tartalmazhat. A kienstől általában kéri, hogy adja át olyan eszközeit (pl. fegyverét), amely öngyilkossági eszköz lehet, hogy jelezze, ha állapota romlik, és ha önpusztító belső késztetései erősödnek, a hozzátartozóktól fokozott figyelmet, törődést kérnek.

Ha sikerül ide eljutni, a kilátások jók, a kimondás nagy előnye, hogy a bizalmi légkör erősödik, a segítőnek nem kell titkolóznia, tehát transzparenciája

megnő, a közös munka a valódi közös veszély ellen irányul. A jól feldolgozott öngyilkossági vészhelyzet, krízis általában nagyon megerősíti és hatékony munkafázisba viszi a segítő, terápiás relációt.

Nagyon gyakran a veszély kimondását valamilyen *diagnózis* teheti lehetővé. A mai pszichiátria hangsúlya a depresszió diagnózisán járhat azzal az előnnyel, hogy a depresszió kórisméjében és az antidepresszáns kezeléseken hívó orvos nagyon hitelesen tudja képviselni, hogy itt betegségről van szó, amely a megfelelő kezelésre elmúlik, amelynek csak heveny, illetve kellemetlen kezdeti szakát kell kivárni, és akkor az állapot jobbra fordul. Ez az orvosi magatartás hatékonyan felbonthatja az öngyilkossági krízis egyik komponensét, az ún. *reménytelenségi szindrómát*. A diagnózis jegyében könnyebb és mintegy szakszerűbb a hozzátartozók, a környezet bevonása is. Ilyen esetben azonban a *beteg-szerep* elkerülhetetlen, az orvos, illetve a szakorvos, a pszichiáter szakmai identitása és imázsa nagy szerepet játszik, a krízis, a probléma medikalizálódik. A diagnózis kapcsán történő veszélykijelentés főleg a kórházi kontextusban válik be, amikor az intézményes viszonyok támogatják a pszichiátert. Éppen ezért a depresszió kezelésére kialakított speciális osztályokon (Wolfersdorf, Wohlt, Hole 1985) az öngyilkosságveszély nyílt kezelése és a páciens, illetve környezete megfelelő bevonása szabály és gyakorlat.

A megoldás hátránya, hogy a depresszió kezelése is elhúzódó és szövődményes lehet, a terápiás kapcsolatot ez megzavarhatja, és a kezelés visszakerül az említett játszma keretei közé, ha az öngyilkossági készletések, ideációk újra erősödnek vagy az akut öngyilkosságveszély kiújul. A farmakopszichiátria egyes képviselői a szakmai, sőt az általános közvélemény felé igyekeznek olyan képet közvetíteni, hogy a depresszió kezelése ma már könnyű és gyors. A gyakorlatban sajnos ez nincs így, még a biológiai pszichiátriai kritériumok szerint is az esetek jelentős hányada ún. „terápiarezisztens”, más része „krónikus” depresszióba megy át, vagyis még fél év után is kezelésben van. Az öngyilkosságveszélyes betegek jelentős része pedig nem igazi depressziós, csak depressziós tünetei vannak, ezek között van olyan, akinek az erőteljes antidepresszáns kezelés inkább árthat. Csak példaként említendő a *borderline szindrómás* betegek, újabb vizsgálatok szerint az ismétlődő és súlyos öngyilkossági kísérletekben, illetve a befejezett öngyilkosságok egy részében ez a szindróma játszik szerepet, ami csak gyógyszeresen nem kezelhető eredményesen, hanem speciális pszichoterápiás beavatkozások is szükségesek (Linehan 1993).

Az öngyilkosságveszély kimondásával *jogi* felelősség is járhat. Egyértelmű veszély esetén *kényszerkezelés* is indikált lehet, illetve egyes országokban

ez olyan követelmény, amelynek elmulasztása műhibapereket vonhat maga után (pl. USA). Ugyanakkor a kényszerbeutalások körüli dilemmák és a személyiségjogok, szabadságjogok tiszteletbentartása miatti kényes jogi körülmények nagyon megnehezíthetik a kényszerbeutalást. Nem mindig lehet bizonyítani az öngyilkossági veszélyt, és ha a beteg nem egyértelműen pszichotikus, illetve zavart, a beutalással szembeni ellenállás mintegy integrálhatja a viselkedését és így könnyen és eredményesen tud küzdeni ellene, könnyen kikerül az intézményből. A terápiás kapcsolat megszakadása következik be, és a gyakorlatban sajnos gyakran látjuk, hogy az öngyilkossági cselekmény azután mégis bekövetkezik.

A hozzátartozók (részben saját büntudatuk elhárítása érdekében) gyakran a segítőket, illetve az orvost hibáztatják, és ezt különféle adminisztratív eljárások keretében is érvényesítik. Az elmúlt évtizedekben több olyan esetet volt alkalmam megfigyelni, amikor ún. fontos emberek (VIP=very important person) súlyos vádakkal illeltek ugyancsak fontos pszichiátereket, akik még az akkori társadalmi struktúrában való jó integráltságuk ellenére is megszenvedték a helyzetet. A műhibaperek még kellemetlenebbek, és szinte tönkretesznek a pszichiátert, illetve a pszichoterapeuta pályáját (Sussman 1995). Ezt eddig a nyugati országokban figyelhettük meg, de ezt mindinkább várhatjuk most már nálunk is.

Voltaképpen az akut öngyilkosságveszélyes állapotok korszerű, pszichoterápiás, illetve komplex kezelésének irányelvei nincsenek meg. Ha az eset túl lép a *krízisintervenciók keretében* (pl. Punukollu 1991, Parad, Parad 1990 stb.), amelyek egyébként az öngyilkosságveszélyes állapotok kezelésének jó modelljét nyújtják (és ezért igen előnyös, hogy a krízisintervenciók szemlélet irányelveként a magyar öngyilkosság ellátásban is megjelent, elsősorban Kézdi Balázs dr. munkássága nyomán, ám sajnos nem terjedt el kellőképpen), valamilyen irányzat vagy megközelítésmód medrébe kerül, és emiatt kudarc során már nem beszélnek róla. Sem a pszichoterápiás irányzatok, sem a pszichofarmakológia, biológiai pszichiátria nem beszél szívesen az eredménytelenül kezelt, elveszett esetekről, hiszen minden iskola quasi „hivatalos ideológiája” az, hogy azok a szakemberek, akik nem az ő szellemükben, elgondolásaik szerint dolgoznak (vagyis nincs meg az adott pszichoterápiás kiképzésük, vagy nem értenek a pszichofarmakonokhoz), azok hibát követnek el. Pedig a szuicidium veszélyének elhárítását a sikertelenül kezelt esetek őszinte elemzése alapján lehetne kialakítani.

Amikor 1971-ben első cikksorozatom megjelent, az öngyilkossággal kapcsolatosan nemcsak a gyakorló orvosok, hanem még a pszichiáterek sem ren-

delkeztek megfelelő ismeretekkel a kérdésről, nem kaptak semmiféle képzést, és alig voltak pszichoterápiás műhelyek is az országban. A leírt szempontok ismeretét nem lehetett feltételezni, és ezért látszott célszerűbbnek ha az öngyilkosság elleni védekezés elvi alapjait a cikkekből megismerő orvos, ha egyáltalán próbálkozik öngyilkosságveszélyes betegek kezelésével, legalább a saját cselekvési terét biztosítja valamelyest a veszély kimondásának halasztásával. Az akkori ajánlás legalább felhívta a figyelmet, hogy a veszély közlése fontos és meggondolandó lépés.

Sajnos, ma sem mondhatjuk el, hogy az orvosok vagy más segítők elegendő képzettséggel rendelkeznének, bár ma már több olyan egység, központ, ellátó vagy segítő munkacsoport dolgozik az országban, amely képzett és tapasztalt, illetve folynak, ha akadozva is, próbálkozások a gyakorló orvosok és a pszichiáterek szuicidológiai képzésére.

Az öngyilkosság fogalmi meghatározása

Az öngyilkosság fogalmi meghatározása – ontológiai értelemben, ideál-típus módon – nem nehéz. 1971-ben az Orvosi Hetilapban megjelent munkámban (Buda 1971a, 1263. o.) összegeztem először a nemzetközi szakirodalom öngyilkosság-definícióit, amelyek között sokkal kisebb az eltérés, mint általában a társadalomtudományi meghatározások terén ez szokásos.

Eme összegezés szerint: „Mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint öngyilkosságot követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget. Az öngyilkossághoz három kritérium tartozik:

1. A meghalás tudatos szándéka;
2. egy módszer képze, amely módszer alkalmas az élet kioltására;
3. e módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Öngyilkossági kísérletről beszélünk, ha valaki a meghalás, az öngyilkosság szándékával károsítja saját szervezetét, de ennek következtében nem hal meg. Az öngyilkosság három meghatározó jegyéből következik, hogy a kísérlet négy körülmény – vagy ezek kombinációja – miatt lehet sikertelen:

1. A meghalás szándéka nem elég erős vagy nem egyértelmű;
2. az öngyilkosság módszere nem, vagy nem eléggé hatékony;
3. az öngyilkossági cselekedet hibás vagy inadekvát;
4. a halál bekövetkezése előtt külső segítség – amelyet többnyire orvosi beavatkozás is kísér vagy követ – a szervezet károsodását megakadályozza, megállítja vagy megszünteti.”

Ebben az összegezésben kiemeltem, hogy „mivel az öngyilkossághoz és annak kísérletéhez szándék és tudatosság kell, az öngyilkosság tehát sui generis emberi jelenség, még a legmagasabbrendű állatok körében sem található meg. Annál gyakoribb viszont az emberek között.” Öngyilkosságról minden történelmi korszakból, minden kultúrából és társadalomból tudunk. Nincs tudomásunk olyan – individualizált, kultúrával rendelkező – társadalmi formációról, amelyben az öngyilkosság ne fordult volna vagy ne fordulna elő.

A meghatározás eme összesített formájában minden mondatnak, sőt, minden mondatrésznek fontossága van, amely szervesen kapcsolódik az öngyilkosság-kutatás valamely tényéhez vagy szabályszerűségéhez. Amennyire egyszerű ugyanis az ontológiai jellegű öngyilkosság-definíció, annyira nem az az öngyilkosság megállapítása a gyakorlatban, és sajnos ezzel a körül-

ménnyel még az öngyilkosság kutatói sincsenek tisztában, különösen hazánkban, ahol az öngyilkosság-kutatásnak kellő hagyománya nem volt és nem divat az öngyilkosság szakirodalmának követése sem.

Az öngyilkosság meghatározásában kardinális jellegű három körülmény ugyanis szubjektív természetű, elsődlegesen az öngyilkosságot elkövető tudatában tükröződik, csak ő tud tehát erről megbízható felvilágosítást adni. Az öngyilkosság befejezett formájában viszont ő már nem él. Csak közvetett jelekből következtethetünk tehát a szándék tényére, a módszer tudatára, sőt, az öngyilkossági cselekvésséma lebonyolódására is. Mivel a mindennapi gyakorlatban külső körülmények, illetve az öngyilkosság előzményei és az öngyilkos által hátrahagyott információk egyértelműnek látszóan bizonyítják az öngyilkosság tényét, könnyen elfelejtkezünk arról a tényről, hogy az öngyilkosság végleges bizonyítéka megszűnik az önkezűen kioltott étellel együtt.

Annak illusztrálására, hogy mennyire könnyű elfelejtkezni erről, elég emlékeznünk az öngyilkossággal kapcsolatos egyik úttörőjére, az olasz Morsellire, aki 1879-ben megjelent, Durkheim munkája előtt a legalapvetőbbnek számító monográfiájában megállapítja, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos alaptényei egyszerűek, biztosak, hiszen a „holttest mindig csak holttest” marad, nehéz másnak tekinteni. Az öngyilkosság szakirodalmában a statisztikai módszer mellett érvként ma is emlegetik Morselli e – leginkább angolul idézett: „a corpse is always a corpse” – tételét.

Pedig ez sajnos nem igaz. A holttest valóban holttest, a kérdés azonban nem a halál maga, hanem az, hogy a halált mi okozta, valóban a meghalt személy maga volt-e az ok.

Ez a kérdés egyszerűbb akkor, amikor a halál gyorsan, hirtelen következett be, és amikor a halált okozó sérülés vagy károsodás önkezű eredetűre meghatározott jelek biztosan utalnak, és különösen akkor, ha búcsúlevelél maradt, amelyben a halál szuicidális jellegéről az elkövető beszámol. Még ilyenkor is fontosak azonban az előzmények. A relatív egyszerűség főleg az eszközökkel történt öngyilkosság eseteiben áll fenn. Ilyen a löfegyverrel, szűrőszerszámmal, kötéllel vagy erős méreggel történő öngyilkosság. Magasról való leugrás, elgázoltatás, háztartási gáz vagy robbanóanyag vagy gyógyításra használt gyógyszerkészítmény alkalmazása esetén nagyon nehéz lehet az elkülönítés a balesettől, amely ugyanezekkel a módokkal gyakran megtörténik. Pedig ezek is hirtelen, váratlan halálnemek. A holttest tehát gyorsan előáll, de a halálok bizonytalansági rációja nő.

Még bonyolultabb a helyzet akkor, ha az öngyilkossági szándék által vezérelt behatás és a halál között huzamosabb – néhány órától néhány napig terjedő – idő telik el. A halál biológiai oki determinációjába ilyenkor számos – az öngyilkossági aktustól logikailag független – tényező is beleszól, pl. a szerve-

zet speciális gyengesége vagy ereje az orvosi beavatkozás természete, adekvát vagy hiányos jellege, szövödmények stb. A halál hosszabb kórélettani folyamatban következik be, e folyamat döntő, vagy éppen már nem visszafordítható állomásai önmagukban jelenthetnek olyan orvosi diagnózist, amely önmagában is tekinthető haláloknak (pl. a légzőfelület teljes elvesztése kétoldali tüdőgyulladás és tüdővízenyő miatt, a szívizomzat degeneratív gyengesége, oxigénhiányos agyi károsodás stb.). Empirikus tapasztalat is egyébként, hogy minél több idő telik el a szuicidális cselekmény és a halál között, annál kisebb a valószínűsége, hogy a halál végül öngyilkossági halálesetté válik a hivatalos minősítésekben.

Az öngyilkosságot tehát a gyakorlatban is definiálni kell, meg kell állapítani és ez gyakran nem könnyű dolog. Különösen nem könnyű akkor, amikor a szokványos támpontok hiányoznak és amikor a meghatározásnak speciális tétjei vannak. A tétek természete különböző. Közvetlenül általában a halálokot megállapító szakember kollégáinak vagy munkaszervezetének részéről érkező kritika szokott nehezítő tényező lenni, közvetve pedig a meghalt hozzátartozóinak pressziója, amely csaknem mindig arra irányul, hogy az öngyilkossági cselekményt minősítsék természetes halállá. A közvetett nehezítés általában közvetlenné válik, intézményes reklamáció vagy törvényes procedura nyomán ugyanis a kollégák kontrollja kapcsolódik be. A közvetett akadály még egy rövidzárlatos módon válhat közvetlen tényezővé, a hozzátartozók a halál hivatalos regisztrálása előtt eltüntethetik az öngyilkosság megállapítása szempontjából egyszerűsítő, az esetek egy részében döntő bizonyítékokat, pl. eltüntethetik a búcsúlevelet, megváltoztatják a halál helyszínét, megsemmisíthetik vagy elrejtetik a halál eszközét stb. Nem egyszer maga az öngyilkos is közreműködik a halálok megállapításának nehezítésében, az öngyilkossági cselekvést eleve úgy inszcenírozza, hogy azt ne vegyék észre, másoknak tulajdonítsák. Erre tipikus példa az öngyilkossági szándékkal elkövetett közlekedési baleset vagy a véletlennek álcázott mérgezés.

Viszonylag ritkább, hogy más ok miatt bekövetkezett halált igyekeznek öngyilkosságnak minősíteni. Ez mindig bűneset leplezésére szolgál. Mivel a bűn leplezése nagy társadalmi érdek, a halál minősítésével foglalkozókat igen alaposan kiképzik, hogy a halál kriminális okait észleljék, tehát pl. a mások által okozott halált elkülönítsék az önkezűtől. Hirtelen és váratlan halálesetek öngyilkossággá minősítése ritkán sikerül, legfeljebb csak zavaros társadalmi periódusokban vagy egy-egy társadalom védtelen kisebbségeinek kárára (pl. a magyar társadalomban az 1944-es zsidóüldözések során, különösen annak első szakaszában, amikor még a törvényesség valamilyen látszatát fenn

kellett tartani, gyakran könyvelték el a meggyilkoltakat öngyilkosnak, más-ként az 1944-es és 1945-ös hivatalos statisztika nem is magyarázható, olyan arányú itt a kiugrás; de elég sok adatunk van arra vonatkozóan is, hogy az amerikai délen, különösen még egy-két évtizeddel ezelőtt a politikai, illetve polgárjogi okokból megölt négereket a helyi hatóságok közreműködésével gyakran öngyilkosnak tüntették fel).

Inkább már beteg, idős, kezelésben álló emberek megölését lehet öngyilkosságnak álcázni. A kriminális esetek az öngyilkossági statisztikák alakulásába általában nem szólnak bele, míg a természetes halálnak felfogott esetek valószínűleg számos országban jelentős mértékben megváltoztatják a valódi viszonyokat és a statisztika tükkrét torzítják.

Az öngyilkosság ugyanis a társadalmi tudatban szégyen, megítélés alá eső magatartásmód, igazi deviancia, amelyet a társadalom morális instanciái megítélnek, különösen a vallások és a „folkways” jellegű morális képzetek. Ezen kívül az öngyilkosság ténye érvényteleníti az életbiztosításokat és más biztosítási formákat, így az öngyilkosok hozzátartozói tetemes anyagi kompenzációtól eshetnek el, ha a halál valódi okára fény derül. A szégyen és az anyagi érdek az elsődleges mozgató, amely a halálloki minősítés folyamatát megzavarja, de vannak másodlagos mozgatók is, ilyenek pl. a szakmai felfogások, a minősítési és jelentési irányelvek a halál meghatározásával foglalkozó ágenciákban.

Ismeretes, hogy az öngyilkosság közvetlen oki meghatározásában kétféle szakember vesz részt a világon, többnyire vagy egyik vagy a másik, ritkán a kettő együtt. Az egyik az orvos, a másik a jogász, az ügyész (a „coroner”). Az öngyilkosság-kutatás legnagyobb volumenű irodalmát termelő angolszász országokban az ügyész szerepe központi jelentőségű, más országokban, így nálunk is, az öngyilkosság megállapítása az orvos dolga. Az ügyésznek bizonyítani kell az öngyilkosság tényét, csak kevés országban elég a valószínűsítés. Ha a bizonyítás nem egyértelmű, a hozzátartozók részéről kereset fenyeget, de legtöbbször már az ellenőrző felettes is kifogásolja, a verdiktet (Douglas 1967, Wilkins 1970, Giddens 1971 stb.). A bizonyítási kötelezettség azt jelenti, hogy a kétes esetek automatikusan a természetes vagy a baleseti halál kategóriájába kerülnek. Számos szerző szerint emiatt a hivatalos halálloki statisztika csak a valódi öngyilkossági esetek töredékét mutatja az ilyen országokban. Különösen az Egyesült Államokra érvényes ez, Wilkins pl. az ún. lélektani boncolás módszerével vizsgált át egy mintát, amely kétes és ezért nem szuicidális esetekből állt. Ki tudta mutatni, hogy ezek többsége nagy valószínűséggel öngyilkosság volt; korrekciós számításával az amerikai valódi ön-

gyilkossági halálozást a hivatalos adatok két-háromszorosára, más korrekciós képleteket használva 4-10-szeresére teszi (Wilkins 1970). Ha a legóvatosabb korrekciós faktort is alkalmazzuk, máris kiderül, hogy az amerikai öngyilkosság-mortalitás adatai megközelítik a WHO ranglistáján első helyet elfoglaló Magyarorszáét. Nálunk a halálok megállapítása mindig orvos dolga, az orvos viszonylag érdektelen, legfeljebb vidéki kórházakban a szomatikus osztályok kezelőorvosai részéről állapítható meg némi érdekltség, amely az öngyilkossági minősítések ellen hat.

Így áll elő az a helyzet, hogy hazánkban valószínűleg a viszonylag pontos és érdekmentes halálloki minősítési rendszer miatt látszik más országokhoz képest különlegesen magasnak az öngyilkossági halálozás. Még ez a rendszer sem hibátlan, bár Cseh-Szombathy László a mérgezések és a balesetek halálloki kategóriáit az öngyilkosság-halálozással összevetve kevés valószínűségét látta annak, hogy e kategóriákban esetleg megbúvó öngyilkossági esetek befolyásolnák az öngyilkossági statisztikát (Cseh-Szombathy 1974), megfigyelések és következtetések arra mutatnak, hogy a krónikus, főleg a súlyos betegek öngyilkosságait következetesen az alapbetegségek vagy a terminális szomatikus szövődmények rovására írják.

Az esetmegállapítás különböző gyakorlata miatt a legtöbb öngyilkossági szakértő kételkedik az egyes országok öngyilkossági adatainak összehasonlíthatóságában, kivéve azokat az eseteket, amikor a minősítési rendszer azonos és a társadalmi struktúra e minősítésére nehezedő érdekviszonyai is hasonlóak. Leginkább trendeket lehet összehasonlítani és az egy országon belül mutatózó változásokat lehet értelmezni, ha e változásokat a minősítés változásai nem magyarázzák meg kellőképpen.

Bonyolítja a helyzetet, hogy a minősítési viszonyok egy országon belül is különbözők lehetnek. A norvégiai alacsony öngyilkosság-gyakoriságot, amely különös kontrasztban áll a többi skandináv országgal, és amelynek magyarázatára Hendin (1964) érdekes kulturális elméletet dolgozott ki, ismételtén úgy értelmezik egyes kutatók, hogy a norvég vidék halálloki minősítési gyakorlatában szinte ismeretlen az öngyilkossági kategorizálás, szemben a nagyvárosokéval, ahol a viszonyok hasonlóak a többi skandináv nagyvároséhoz, illetve országéhoz.

Mindezek mutatják tulajdonképpen a minősítési (labeling) perspektíva értékét az öngyilkosság-kutatásban is. Korszerű és alapos vizsgálat ezért aligha történhet az öngyilkossági halálloki megállapítás elemzése nélkül. A mindennapi rutinnal ellentétben az ún. lélektani boncolás módszere, amely az öngyilkosság tényét igyekszik tisztázni legelőször (Farberow, Shneidman 1961,

Shneidman, Farberow, Littman 1970 stb.), ennek valamilyen egyszerűsített és standardizált változata használható kutatási célra is.

A minősítések sorozatának azonban ez csak a legelemibb formája, a kezdete. Az öngyilkosság jelensége ugyanis nyilvánvalóan nem diszkontinuus módon különül el az öngyilkossági kísérletektől, vagy ahogyan egyes szerzők mondják, a befejezetlen – incomplet – öngyilkosságoktól. Már a kétféle fogalomhasználat szemantikai elemzése is figyelmeztet szemléleti – és ebből következően minősítési – különbségekre. A „kísérlet” semleges fogalom, azt fejezi ki, hogy az illető megpróbálta, de tette csak kísérlet maradt, függetlenül attól, hogy mi miatt hiúsult meg. A „befejezetlen” jelző már azt sugallja, hogy nem tudta valaki öngyilkossági szándékát véghezvinni, mert esetleg megakadályozták ebben. A „sikeres” öngyilkos, ahogyan szakemberek is szokták nevezni a halálos végű öngyilkosság elkövetőjét, sikerrel véghezvitte tervét, szemben a „sikertelen” esetekkel. Ezekben a kifejezésekben az a feltevés rejlik, hogy az öngyilkosságot elkövetők „sikeres” és „sikertelen” csoportja egybetartozik, együtt vizsgálendő és vizsgálható.

E feltevés gyakorlati jelentőségű, egyrészt a kutatók számára lehetővé teszi, hogy az öngyilkosság problémáját a kísérletet tevők vizsgálata révén közelítse meg, másrészt a megelőzés számára az enyhe öngyilkossági veszély eseteiben is alkalmazhatóvá teszi a lehetséges beavatkozási módokat. Ezt a felfogást azonban sokan vitatják, elsősorban a brit Stengel volt az, aki szerint az öngyilkosságot sikerrel végrehajtott és a kísérletet tevők két különböző csoportot alkotnak, a kísérletesek többsége nem akar öngyilkos lenni, csupán öngyilkossági gesztust hajt végre valamilyen interperszonális, egzisztenciális cél érdekében. Stengel az öngyilkossági kísérlet e formáját paraszucidiumnak nevezte. Ugyanakkor, amikor Stengel felfogását sok kutatási és statisztikai adattal lehet alátámasztani, kétségtelen, hogy az öngyilkossági kísérletek közé sok olyan eset keveredik, amikor kedvező véletlenek folytán nagyon súlyos, alapos, minden valószínűséggel halálosvégű szuicidális cselekményt végrehajtó ember mégis életben marad. A véletlenek egy része valóban véletlenszerű, a felhőkarcolóról leugró pl. fennakadhat, a magasfeszültségű vezetéket tartalmazó metróárokba ugró mégis kikerülheti a halálos áramütést stb., más része a korai felfedezésnek, a korai szakszerű segítségnek vagy az orvostudomány eredményességének tudható be. Az ilyen eseteket nem lehet paraszucidiumnak tekinteni. De hol a határ? Nem minősítés dolga-e, hogy a kétségtelenül szuicidális gesztustól hogyan különböztük el a szerencsésen megmenekült komoly szándékú és tettű esetet? A minősítésnek nemcsak a kutatás

szempontjából van jelentősége, hanem a megelőzési gyakorlat szempontjából is.

A helyzetet bonyolítja és a minősítések szabályszerűségeinek kialakítását nehezíti, hogy számos olyan ember is meghal öngyilkossági cselekmény következtében, aki biztosan vagy nagyon valószínűen nem is akart meghalni, csupán szuicidális gesztust akart tenni. Ilyenkor kedvezőtlen véletlenek játszottak közre. Ilyen halálesetnek tartják pl. a nálunk is ismert amerikai költőnő, Sylvia Plath halálát (Alvarez 1971). Maga a halál sem tekinthető tehát biztos kritériumnak az osztályozásban.

De ettől a belső felosztási dilemmától függetlenül az öngyilkossági kísérletek minősítésével olyan módon is baj van, hogy ezeknek nagy hányada nem kerül bele a hivatalos statisztikába. Az öngyilkosságot megkísérlő gyakran maga is aktívan közreműködik, miután magához tért és hozzátartozóival beszélt (és rendszerint el is érte azt az interperszonális célt, amelynek hiánya a szuicidális feszültséget benne ébren tartotta; erről a mozzanatról nagyon nagy irodalom szól), hogy esetét balesetnek, véletlennek tartsák. Állításának – illetve „beállításának” – rendszerint hinni is kell, ha az orvos (a kísérletek az esetek túlnyomó többségében orvossal találkoznak, igazságügyi vagy rendőri alkalmazottal csak kb. 15 évvel ezelőttig Angliában volt dolguk a kísérleteseknek, ott ugyanis a kísérletek büntetendők voltak; a leírások szerint az utóbbi 30-40 évben a toxikológiai vagy traumatológiai osztályra kilátogató rendőr mindig azzal kezdte: ugye nem öngyilkosság volt, sir? – és az obligát megerősítésre rögtön távozott, senkinek sem volt kedve ugyanis a régi törvényt érvényesíteni) magában kételkedik is, nem szokta a diagnózist megmásítani. Egyenlőre semmiféle ismeretünk nincs arról, hogyan viszonyul a statisztikákba bekerülő öngyilkossági kísérleti sokaság az összes kísérlettevő populációjához. Számos feltevés látszik jogosnak, amely azt mutatja, hogy a hivatalosan minősítettek nem tekinthetők reprezentatív mintának. Ebben az esetben viszont az öngyilkossági kísérlettevők pszichológiai vagy szociológiai vizsgálatának eredményei nagyon nehezen értelmezhetőek.

Ma terjed az a felfogás, hogy az öngyilkossági kísérleteket súlyossági sorrendbe teszik az önkárosító beavatkozás orvosi súlyossága és a meghalási szándék erőssége alapján. A szándék erősségét – főleg az életbenmaradt kikerdezése alapján – az öngyilkossági előkészületekből és a cselekményt megelőző pszichológiai körülményekből állapítják meg. Ez ugyan az öngyilkosság és a paraszuicidium elkülönítését nem teszi könnyebbé, de a súlyos esetek – egy, adott kutatások szerint többé-kevésbé logikusan megválasztott – csoportja így azonosnak vehető a sikeres öngyilkosok csoportjával és ennek a sú-

lyos kategóriának adataiból következtetni lehet a meghaltak viszonyaira. Ezt különböző speciális kutatások eredményei támasztják alá (Beck és mtsai 1975, 1976).

Mind a szociológiai, mind pedig a pszichológiai kutatás szempontjait véve bizonyosnak tekinthető, hogy az öngyilkosságnak mint jelenségnek folyamatos mennyiségi átmenetei vannak és a halálos végű öngyilkosságok mintegy a jéghegy csúcsát jelentik csak. Számos megfontolás és kutatási adat mutat arra, hogy létezik egy csomó magatartásbeli megnyilvánulás, amely konvencionálisan ritkán minősül öngyilkosságnak, valójában azonban az öngyilkosság jelenségéhez tartozik. Súlyos betegségekben pl. életmentő beavatkozások elmulasztása, életfontosságú gyógyszerek szedésének elhanyagolása vagy éppen szokatlan, károsító adagban történő bevétele oki meghatározó szerepet játszhat a halál bekövetkezésében. A mögöttes motivációk teljesen azonosak lehetnek az öngyilkossággal. Az ilyen esetek csak akkor szoktak öngyilkosságnak minősülni, ha búcsúlevél vagy szuicidális közlés marad. Rendszerint az alapbetegség szövődményének számítják ezeket az eseteket. Nagyon bonyolítja a helyzetet a tudattalan öngyilkossági szándék létezésének és hatásának feltételezése. Márpedig ez a feltételezés jogos, a tudattalan motivációk a klinikai lélektan, illetve a dinamikus pszichiátria tényei, és a szuicidológiai gyakorlat is számos esetet tapasztal, amelyet tudattalan öngyilkossági szándék feltevése nélkül nem lehet magyarázni. Ilyen esetekben a magatartásbeli megnyilvánulás csak következtetések – tehát minősítések – alapján hozható kapcsolatba a szuicidiummal, mégpedig úgy, hogy a legfontosabb támpontok, az elkövető közlései hiányoznak. Ilyen esetekben az öngyilkosságnak megfelelő viselkedésmódot mutató egyén rendszerint tagadja is a szándékot.

Eddig egyetlen nagyobb szabású vizsgálatot sem ismerünk, amely ezeket a sajátos – rejtettnek, larváltnak, forme frustre-nek nevezhető – öngyilkossági viselkedésformákat is bevonta volna halálos végű és kísérletnek tekinthető öngyilkossági cselekmények vizsgálatába, pl. mintájába vagy populációjába. Egyedül az öngyilkosság-kutatás legfontosabb nemzetközi központjának számító Los Angeles-i Suicide Prevention Center (Farberow, Shneidman, Littman stb.) foglalkozott a kérdéssel, ők alkották meg a jelenség tipológiáját is. Shneidman a halálhoz való viszonyulás szerint tipizál, Farberow finomabb fogalmi analízist alkalmaz, a kategóriákat ő is azonosnak veszi, azonban nem a halált állítja középpontba, mert ezt elvont és a tudat számára értelmezhetetlen fogalomnak tartja, ehelyett a „psyde” görög szót használja, – megszüntetés, befejezés, abbahagyás ennek a jelentése, – ugyanis a központi motívum az öngyilkossági akciókban szerinte az adott élethelyzet megszüntetésének vágya.

Shneidman tipológiájának négy alapkategóriája van (Shneidman, in: Gibbs 1968): szándékos (intended, intentional), félig szándékos (subintended), akaratlan (unintended, unintentional) és szándékellenes (contraintended) öngyilkossági viselkedésről beszél. Az egyes kategóriákon belüli típusok (eredeti kifejezésekkel):

intended:	death-seekers death-initiators death-ignorers death-darers
subintended:	death-chancers death-hastenors death-capitulators death-experimenters
unintended:	death-welcomers death-acceptors death-postponers death-disdainers death-fearers
contraintended:	death-feigners death-threateners

A tipológia egyes elemei szinte játékos, szellemes megfogalmazásúak, ad hoc jellegűek, Shneidman és Farberow nem is törekedett másra, mint a klinikailag megfigyelhető atípusos, de az öngyilkosság fogalmkörébe sorolható megnyilvánulások osztályozására, és valóban nehéz olyan szuicidális megnyilvánulást találni, amely a típusok valamelyikébe ne lehetne besorolható. A definíció azonban nagyon nehéz lenne, különösen az egyes kategóriák egymástól való elválasztása lenne nehéz, valószínűleg azért is nem terjedt el a felosztás a kutatási gyakorlatban. Az elterjedésnek az is gátja lehet, hogy szemben az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet meghatározásának gyakorlatával, ahol elsősorban viselkedési és kognitív jellegű tények és valószínűségek képezik a támpontokat, az atípusos formák esetében viszont mélylélektani szempontok, tehát bonyolultabb értelmezési, minősítési struktúrák kerülnek előtérbe.

Ha a gondolatmenetet logikailag folytatjuk, még összetettebb minősítési tartományokhoz jutunk, ha az öngyilkossági veszély, illetve veszélyeztetettség állapotainak definícióját kíséreljük meg. Ennek elsősorban prevenciós gyakorlati jelentősége van, de mivel a szuicidális viselkedés kutatásában az említett „jéghegy” részei az öngyilkossági cselekményt megelőző pszichológiai állapotok is, nem lehet a szuicidiumhoz csak „ex post factum” közeledni. Ez a dimenzió azért különösen bonyolult, mert elesik a kardinális támpont, a megállapított vagy valószínűsített öngyilkossági cselekmény is, ami pedig az

eddig tárgyalt vetületekben mind megvolt, mert hiszen még az atípusos szuicidális megnyilvánulásokat is valamilyen szuicidális viselkedés, cselekmény minősíti. Öngyilkosság-veszélyes állapot viszont fennállhat úgy, hogy öngyilkossági cselekményre soha sem kerül sor, pl. azért, mert az öngyilkossági veszélyt felismerik – tehát a megfelelő szociális ágenciák szuicidálisnak minősítik a személyt – és az öngyilkossági cselekményt megakadályozzák (pl. zárt elmeosztályra helyezéssel, speciális felügyelettel, gyógyszeres „kémiai kényszerzubbonyal” stb.), vagy pedig a szuicidális személyiség egzisztenciális életfeltételeiben következik be kedvező spontán változás és az öngyilkossági motivációk erejüket veszítik.

A veszélyesség problémakörét, mint speciális minősítési területet most nem érdemes részletezni, csupán a fogalmi kategóriák megvilágítása érdekében kell említeni a különböző próbálkozásokat, amelyeket a gyakorlatban erre kidolgoztak. A legismertebb a Ringel-féle ún. preszuicidális szindróma (Ringel 1969), a Kielholz-féle skála, amely különféle viselkedési jegyek és anamnestikus tényezők mennyiségi viszonyai alapján igyekszik megállapítani a veszélyeztetettség metrikus fokozatát (Ringel 1969), továbbá a hasonló tapasztalati, illetve kérdőíves skálák számos változata (Beck, Resnik, Lettieri 1974 stb.). Napjainkban az ún. reménytelenségi skálának felhasználása a leginkább elterjedt (Fleck, Kovacs, Weissman 1975), ezt a kognitív faktorokat összesítő skálát tartják a legérzékenyebbnek a cselekmény előrejelzéses szempontjából.

Ha a veszélyeztetettség megállapítása nem csupán kutatási célokat szolgál, a kialakuló minősítéseknek nagyon komoly következményei vannak, intézkedések születnek a nyomukban, kezeléseket állítanak be, az érintettek rendszerint a pszichiátriai betegség stigmáját kapják meg. Ha a kezelések pszichoterápiából állnak, vagyis a veszélyeztetettség megállapítása elsődleges emberbaráti-segítő beavatkozással és nem orvosi akcióval kapcsolódik össze, akkor a gyakorlati kategóriák még tágabbá válnak és tudatosan nem csak a szorosabb értelemben vett szuicidális megnyilvánulásokat vonják be. Ilyen kategória pl. a krízis fogalma, amely a pszichoterápiás és emberbaráti gyors, elsősegélyszerű beavatkozások döntéseiben szükséges, de kissé ilyen a „cry for help”, illetve a szuicidális kommunikáció fogalma is, amely egyszerűen azt jelenti, hogy minden olyan közlést komolyan kell venni és pszichológiai beavatkozás indikációjának kell tekinteni, amely öngyilkossági gondolatokra, szándékra utal. A legtágabb kategória, amelyet a szuicidológusok használnak – elsősorban a telefonos szolgálatok operátorainak felkészítésében, illetve a potenciális öngyilkosokkal szabályszerűen érintkező szakemberek vagy fog-

lalkozások (pl. orvosok, rendőrök stb.) érzékenyítésében az, hogy a másik emberre való ráhangolódás alapján mintegy rá lehet érezni a preszuicidális állapotra.

Figyelemre méltó, hogy a kategóriák tágulása párhuzamosan halad a stigmáktól való mentesülés mértékétől, illetve fordítva is ki lehet ezt fejezni úgy, hogy akkor van a legszűkebb kategóriákra szükség, amikor a gyakorlati döntés a minősített sorsát a legérzékenyebben érinti. A társadalmi gyakorlat és a tudományos gondolkodás tehát igen nagy mértékben összhangban van egymással. Ez igen lényeges körülmény, és nem véletlen, hogy a mindennapi tudattal és a mindennapi viselkedés implicit szociológiájával és szociálpszichológiájával foglalkozó irányzatok (pl. a szimbolikus interakcionizmus vagy az etnometodológia), szívesen választják az öngyilkosság valamely jelenségtörét paradigmatis vizsgálati területként (pl. Garfinkel 1967). A mindennapi szemlélet azonban teli van ellentmondással és partikuláris racionalizmussal, amellyel a tudományos megközelítés gyakran szembenáll, a veszélyeztetettséggel kapcsolatos szociális akciók tudományos és „etnometodológiai” izomorfiaja csupán egy kibontakozó tendencia jegyében figyelhető meg, a világ számos pontján, sőt, egy-egy országon belül is számos intézményben vagy területen figyelhető meg az, hogy tág és nem pontosított minősítési kategóriák alapján is súlyos beavatkozások történhetnek (pl. a mai Magyarországon is vidékenként, de akár ideggondozónként is eltérő a gyakorlat, amely az öngyilkossági veszélyeztetettség gyanúját vagy valószínűségeit követi, de eltér ez a beteg szociális státusa szerint is – elég bonyolult összefüggések állnak így elő, amelyeket eddig még nem vizsgáltak, pedig ha végiggondoljuk, az öngyilkosság kutatása szempontjából a pszichiátriai – vagy még tágabban véve: az orvosi – minősítési folyamat konkrét szabályszerűségeinek nagy jelentősége lehet).

A minősítések egyébként nemcsak az öngyilkosság gyakorlatközei, jelenségszintű megközelítésében fontosak, lényeges a szerepük a szociológiai kutatásban is. Ha öngyilkossági statisztikákból indulunk ki, akkor ugyanúgy típusokat és kategóriákat kell konstruálnunk, mint akkor, ha magunk alakítunk ki csoportokat pl. vizsgált populációkból vagy mintákból. Lényegében ideáltípusos kategóriákat állított fel Durkheim is, amikor altruista, egoista és anómias öngyilkosságról beszélt, bonyolult minősítési játékot folytatott, amikor kategóriáit a különféle statisztikai bontások alapján kialakította (Durkheim 1897). A társadalmi tudatban meglévő, ugyancsak „etnometodológiai” jellegű öngyilkosság-változatok léte mellett érvel Douglas (1967), amikor a különféle társas „jelentésű” öngyilkossági cselekményekről beszél (The

Social Meanings of Suicide – a könyv címe is kifejezi a lényegét), és erre utal Resnik is (1968): amikor összefoglaló könyvének a „Suicidal Behaviors” címet adta, nem csupán az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet lehetséges különbségeire akart utalni.

Az öngyilkosság fogalmi meghatározásáról szólva tehát nagyon sok fogalmi kategória kerül felszínre, amelyet a kutatásnak operacionalizálnia kell, de amely a valóságban gyakran szétválaszthatatlan a mindennapi társadalmi valóság minősítő gyakorlatától. Az öngyilkosság kutatása szempontjából alapvető jelentőségű, hogy a viszonyokat tisztán át lehessen tekinteni. Az elmondottak legfontosabb következménye, hogy bármilyen nagyságrendben és bármilyen hipotézisrendszer alapján fogunk neki az öngyilkosság vizsgálatának, nagyjából a fentiek gondolati vonulatában, de természetesen ennél még konkrétan, még inkább apró tényekre és partikuláris szabályszerűségekre figyelően el kell végezni a következetes fogalmi elemzést. Mivel a legtöbb kutatás statisztikai adatokból indul ki, és mivel az öngyilkosság számadatai nálunk viszonylag nagyobb populációkra terjednek ki, igen érdekes lenne elvégezni a hivatalos statisztikai minősítés állomásainak és folyamatainak, továbbá „procedural rule”-jainak elemzését. A legérdekesebb az lenne, ha ezt összehasonlító perspektívában lehetne végrehajtani. Erre különben igen alkalmas kutatási terek kínálkoznak, pl. Jugoszlávia, ahol belső összehasonlításban lehetne követni a bánáti és a többi területen megfigyelhető öngyilkosság-gyakoriság különbségeinek minősítési hátterét, de még Csehszlovákia is alkalmas lenne ilyen vizsgálatokra. Az öngyilkossági kísérletek eseteinek vizsgálatából mindaddig csak nagyon korlátozott általánosítások szűrhetők le, amíg meg nem ismerjük azokat a szabályszerűségeket, amelyek a statisztikailag nyilvántartott populáció kialakulását határozzák meg. Ugyancsak elemezni kellene, – a statisztikai-szociológiai megközelítési nagyságrend jegyében, illetve érdekében, – hogy az öngyilkosok csoportja hogyan viszonyul az öngyilkossági kísérletek csoportjához, különös tekintettel a súlyos kísérletekre, amelyek csak véletlen vagy orvosi bravúr következtében maradnak életben, és azokra a meghaltakra, akik az adott feltételek között megmenthetők lettek volna (illetve akiket utólag ilyennek minősíthetünk). Valószínű, hogy az öngyilkosság problémája nem lesz teljesen megérthető addig, amíg nem sikerül egy súlyosan preszuicidális állapotban lévő, extrém módon veszélyeztetett csoport (pl. súlyos depressziós csoport) vizsgálata.

Az öngyilkosság kutatásában csak az egyik oldal az öngyilkossággal kapcsolatos fogalmak, körülmények definiálása, ugyancsak meg kell határozni – minősíteni kell – a különféle szociológiai és pszichológiai összefüggéseket,

párhuzamba vont fogalmakat, tényeket. Ez utóbbiak gyakran illékonyabbak, illetve inkább következtetésen alapuló áttételesebb dolgok, mint az öngyilkosság faktorai. Célszerűnek látszik ezért a kutatások hatékonyságát a szuicidológiai fogalmak pontosabb és operatívabb meghatározásával fokozni.

A magyar öngyilkosság-vizsgálatokban, amelyekről eddig a szakirodalomban olvasni lehet, általában nem viszik végbe a kellő fogalmi elemzést. Szükségszerűen nagy mértékben támaszkodnak a hivatalos statisztikai adatokra, ezeknek kialakulási folyamatáról azonban a kutatók, de gyakran a Központi Statisztikai Hivatal munkatársai sem, nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel. A társadalmi beilleszkedés zavaraival foglalkozó komplex kutatásnak ezért érdemes lenne már az előkészítő fázisban megkezdeni a statisztikai minősítő folyamat feltárását, különös figyelemmel ennek esetleges változásaira, amelyek a statisztikai adatokban tükröződhetnek és esetleg szociológiai magyarázatra (pontosabban: a statisztikai procedúrától független szociológiai magyarázatokra) csábíthatják a kutatókat. Ennek módja a Statisztikai Hivatal megfelelő osztályával vagy osztályaival való szorosabb együttműködés, a statisztikai gyakorlat szociológiai ellenőrzése, esetleg „garfinklezése”, hogy az etnometodológiai gyakorlatra utaljunk (Garfinkel 1967, Douglas 1970, Sudnow 1972, Turner 1974 stb.). Ebből szervesen következhet egy történeti-statisztikai elemzés is. E kutatási lépés nemcsak jelentős, hanem gazdaságos is, hiszen számos más kutatás határfokát növeli. A statisztikai procedúra szociológiai tisztázása nyomán a hivatalosan meglévő adatok újfajta táblázatai, illetve újraértelmezései, másodelemzésesei válnak lehetővé.

Érdekes lenne az öngyilkossági minősítésekkel kapcsolatos, általános statisztikai szinten kialakult szociológiai megállapítások ellenőrzése az igazságügyi orvostani intézetekben folyó – a Népeségtudományi Kutató Intézet keretében indított – vizsgálatokban. Ha ezek a vizsgálatok folynak, a leggazdaságosabb lenne ehhez kapcsolni a társadalmi beilleszkedési zavarok komplex kutatása jegyében folyó öngyilkosság-vizsgálatokat. Az igazságügyi orvostani intézetekben folyó munka kizárólag biológiai kérdésfeltevéseket érint, a szociológiai és pszichológiai tényezők vagy nem kapnak szerepet, vagy pedig nem szakszerű módon kezelik őket. Esetleg a komplex vizsgálat anyagi erőivel és hivatalos háttere segítségével létre lehetne hozni együttműködést.

A statisztikai procedúra ismeretlensége mellett a magyar öngyilkosság-kutatás hiányossága a szociálpszichológiai és a pszichodinamikus összefüggések iránti érzéketlenség. Ez érthető, ha meggondoljuk, hogy a meglévő vizsgálatok pszichiátriai indíttatásúak, a magyar pszichiátriai szemlélet pedig erősen avult, sztatikus-nozológiai jellegű, nem definiálható személyiségje-

gyekkel, tisztázatlan motivációs elmélettel és általában felülvizsgálatlan fogalmi kategóriákkal dolgozik. A kutatók, illetve vizsgálók kevés tapasztalattal rendelkeznek az öngyilkossággal, mint jelenséggel kapcsolatosan, pl. nem exploráltak elég öngyilkosságveszélyes embert, nem mélyedtek el egy-egy öngyilkossági esemény konkrét interperszonális összefüggéseiben. E hiányosság megszüntetése szempontjából taktikailag célszerű lenne a kutatás komplex indításának jegyében a pszichológiai boncolás (psychological autopsy) módszerének alkalmazását igényelni és támogatni (Farberow, Shneidman 1961, Shneidman 1967, Shneidman, Farberow, Littman 1970 stb.).

Az igazságügyi orvostani intézetekben folyó munka ennek is terepet tudna biztosítani, ezt azonban pszichiátriai osztályokon vagy igazságügyi intézetekben kialakított munkacsoportok is tudnák végezni. A pszichológiai boncolás egyben a tiszta fogalomkezelés és a minősítések felülvizsgálata szempontjából is fontos és érzékenységfokozó, tájékozódásra serkentő gyakorlat.

Függelék

Reflexiók J. Maxwell Atkinson könyvéhez: *Discovering Suicide. Studies in the Social Organization of Sudden Death*. 1978. The Macmillan Press, LTD, London, 225 o.

A könyv a tanulmány befejezése után került a kezembe, Jack D. Douglas könyven (*The Social Meaning of Suicide* 1967, Princeton University Press, Princeton) kívül ez az egyetlen kötet, amelynek középpontjában az öngyilkosság fogalmi meghatározásának kérdése áll, mégpedig éppen abból a szempontból, hogy a mindennapi előfeltevések és definíciós szokások milyen nagy mértékben érintik és zavarják meg az öngyilkosság szociológiai kutatását és a hivatalos statisztikák értelmezését.

A szerző kb. másfél évtizedes kutatási tapasztalatok alapján írta a könyvét. Az első fejezetben beszámol arról, hogy fiatal szociológusként egy tanulmányt kellett írnia arról, hogy az adatok alapján, amelyek rendelkezésünkre állnak, kb. mennyi lehet egy-egy fejlett ipari társadalomban a deviancia „mennyisége” (*How Much Deviance is There?* – ezen a címen a brit szociológiai társaság egy nagygyűlést is rendezett a hatvanas évek elején). Vizsgálódásaiból a hivatalos adatok megbízhatatlansága tűnt ki. Ezt állította tehát a tanulmány középpontjába, módszer-, illetve fogalomkritikai dolgozatot írt. Meglepte, hogy a dolgozat igen ellenséges és elutasító visszhangot váltott ki, amikor felolvasta, illetve megjelent. Az idősebb szociológusok azt mondták, hogy az adatok bizonytalanságáról minden szociológus tud, nem erről kell beszélni, hanem arról, amit az adatokból mégis ki lehet hozni.

A szerzőt azután a kudarc gondolkodtatta el, így kezdett foglalkozni tovább a devianciával, különösen az öngyilkossággal, elmélyedt a szimbolikus interakcionizmus és a minősítési elmélet irodalmában, majd pedig az öngyilkossággal kutatás klasszikusait vizsgálta át kritikai szemszögből. Meglepte, hogy Durkheim és a többi klasszikus mennyire biztosnak tekintette az öngyilkossági statisztikák adatait, noha mindegyik

számot vetett egy-egy megjegyzés formájában a haláloki megállapítás tévedési lehetőségeivel.

A szociológusok öngyilkossággal kapcsolatos vizsgálataiból a szerző levonja, hogy egy-két kivétellel a szociológusok csak „távolról” foglalkoztak a kérdéssel, vagyis másodelemzéseket végeztek. Nem csoda, hogy Durkheim megállapításai napjainkig ilyen nagy becsben vannak. Durkheim lényegében nem tett mást, mint a morálistatistikuskok és a korábbi öngyilkosság-monográfiák megállapításait szedte rendszerbe (köztük Massaryk – a későbbi cseh államelnök – 1887-ben megjelent német nyelvű monográfiáját is felhasználta, ezt a kutatások és a Durkheimmel foglalkozó életrajzi vizsgálatok megállapították, ám ezt a könyvet Durkheim nem idézi, a rosszmájúak szerint azért, mert túl sok megállapítását szó szerint átvette). Az öngyilkosság-statisztikából ma sem lehet mást kiolvasni, mint amit Durkheimnél találunk.

Mindössze két forrásmunka kritikus Durkheimmel szemben Douglas előtt, Henry és Short, valamint Gold, mindkettő új szociológiai öngyilkosság-magyarázattal állt elő. Ők sem néztek azonban olyan következetesen szembe a statisztika hibalehetőségeivel, mint Douglas. Douglas munkája körül a hatvanas évek végén nagy vita alakult ki, általában nem fogadták el Douglas érveit, noha azt lehetségesnek tartották, hogy az öngyilkosságok különböző szociális „jelentéssel” bírnak, és így, megfelelő tipológia hiányában a statisztikák nem használhatók. Bírálták azonban Douglast, hogy negatívizmust hirdet, episztemológiája szerint az öngyilkosság szociológiailag nem érthető, nem közelíthető meg.

A szerző nyomjából egyetért Douglassal, azonban ő is túlzottnak tartja az ismeretelméleti reménytelenséget, amelyre Douglas eljutott. Szerinte az ethometodológia nevű irányzat (Garfinkel, Cicourel, Sachs, Sudnow és mások) rejti magában a pozitív kiutat. A szerző azonban anticipálja már a könyv elején is, hogy nem sikerült egyértelmű, alternatív elméletet, „értelmezési kulcsot” találnia, amely megadja az öngyilkossági statisztikák magyarázatát, de szerinte lehetséges ilyen megtalálása. Az etnometodológiai megközelítés rejti magában azt a perspektívát, hogy megtalálja a társadalmi életben jelentős, a társadalmi szabályozás lényegét adó mindennapi kategorizációk, jelentőség-tulajdonítások, oki inferenciák és minősítések magyarázatát, és ez rávilágít majd, hogy „konstruálódik” az öngyilkossági eset és milyen szabályszerűségek milyenfajta szisztematikus torzításokat hoznak létre a statisztikákban.

Még az etnometodológiai konklúzió előtt a szerző áttekinti a statisztikai adatok kritikájával kapcsolatos meglévő munkákat. Meglepően nagy számú ilyen munka van (számomra ez külön meglepetés, hiszen immár 12 éve gyűjtöm az ilyen szakirodalmi adatokat, és a szerző által idézett forrásmunkák nagyobb része ismeretlen volt számomra). A szerző érdekesen „hasznosítja” a Los Angelesben működő híres Suicide Prevention Center közleményeinek „melléktermékeit”, a „lélektani boncolás” módszerével nyert eredményeket aszerint is vizsgálja, hogy hány esetben sikerült más haláloki magyarázatot találni, mint ami az első feltételezés volt. Ugyancsak az említett központ több alkalommal koordinált olyan vitákat is, amelyeken a statisztikák pontosságáról volt szó. E vitákban adatok és vélekedések hangoztak el, amelyek szerint az amerikai öngyilkossági statisztika mindössze 1/3–1/5-ét tükrözi az öngyilkossági ha-

láleseteknek. A szerző számos megállapítást talál Farberow és Shneidman munkáiban, amelyek a statisztikák bizonytalanságát kifejezésre juttatják és kutatásokat sürgetnek. Ám ők nem szociológusok, őket az egyének érdeklik és különösen a megelőzéssel foglalkoznak, így ezt a szempontot szisztematikusan nem dolgozták ki. Érdekes vizsgálatok vannak arról, hogy az Egyesült Államok különböző területein nagyon különböző szabályok szerint történik az öngyilkosság megállapítása és ez a regionális öngyilkossági hányadosok különbségéért elsődlegesen lehet jelentős. A szerző idéz európai adatokat is, Nagy-Britannián belül is lényegesek a különbségek, és mint a szerző adataiból kiderül, Hendin könyvének megjelenése után a skandináv szakemberek között nagy vita alakult ki, és erős érvekkel rendelkezik az a nézet, amely a skandináv országok közötti gyakorisági különbségeket az esetmegállapítás gyakorlatának különbségeivel magyarázza (a leglazább procedúra e vélemények szerint Norvégiában figyelhető meg, és ennek megfelelően ott a legalacsonyabb a gyakoriság).

A szakirodalmi adatok áttekintéséből is megállapíthatja a szerző, hogy a szociológusok általában nem értékelik a statisztika bizonytalansági problémáit, a talált adatok egy része ugyanis az eredeti közleményben nem nyer megfelelő értelmezést.

A szerző ismerteti a statisztika védelmében felhozott érveket is. Számos szerző explicite védi a statisztikai adatokat, mint kiindulópontokat (pl. Stengel, Barraclough stb.). Érvként a gyakorisági hányadosok állandóságát, illetve a különböző kultúrákban élő etnikumok gyakorisági arányainak állandóságát szokták hangsúlyozni. Ez utóbbi esetben az anyaország (a vizsgálatokban legtöbbször az Egyesült Államok) öngyilkosság-megállapítási gyakorlata érvényesül, a hányados mégis az etnikai eredet országának megfelelő (vagy absolute, vagy más etnikumokhoz viszonyított arányban). A szerző kritikus ezekkel az álláspontokkal szemben. Ebből a problémakörből bontja ki, hogy az öngyilkossági statisztikák alakulásáért nemcsak a jogi, illetve orvosi esetmegállapítási gyakorlat a felelős, hanem a populáció – esetleg kulturálisan meghatározott – esetprezentációs módja, illetve reakciómódja az öngyilkosságra (nem kizárva természetesen, csak az elemzés szempontjából „fekete dobozként” kezelve az elsődleges szuicidogén kulturális, illetve etnikai tulajdonságokat) is.

Ez az a terület, amelynek megismerését a szerző az etnometodológia fejlődésétől várja. Igen érdekes módon ismerteti a közfelfogás kategorizációs szempontjait, amelyekben sok a hasonlóság a tudományos magyarázati sémákhoz. A közfelfogás számára sem elegendő a szituációelemzés, amelynek alapján öngyilkosságra lehet következtetni, motívumok is kellenek, ezek pedig az interperszonális valóság különféle „rekonstrukciók” sablonjaiból fakadnak. A szerző szerint a sajtó és az öngyilkossági események megtárgyalása a mindennapi kommunikációban ezeket a sablonokat kidolgozza, terjeszti, esetleg változtatja. A sajtó és más tömegkommunikációs közlemények „szuicidogén” hatását, amelyre vonatkozóan több vizsgálat szerzett eddig bizonyítékokat, annak tulajdonítja, hogy kiesik egy láncszem a kollektív jelenségmagyarázati, illetve motívumrekonstrukciós rendszerből.

A szerző legérdekesebb vizsgálata az öngyilkosság megállapításokat végző angol és amerikai ügyészek minősítési gyakorlatának elemzése. Az elemzés kvalitatív jellegű, a szerző résztvevő-megfigyelőként vett részt a „coroner”-ek munkájában. A leírás-

ból kitűnik, hogy a „coroner” maga legtöbbször nem is kerül közvetlen kapcsolatba az esettel, azt a hozzá beosztott rendőrök és tisztviselők, továbbá az igazságügyi szakértők jelentései alapján minősíti. A döntő szó a helyszínelőké, illetve az egyén életéről és bajairól információkat szerzőké, ezek befolyásolják leginkább az ügyészt. Maga a szerző is számos esetnek volt tanúja, amelyben minden valószínűség szerint öngyilkosság történt, de az ügyész ezt nem látta bizonyítottnak és inkább a baleset mellett döntött. A szerző hangsúlyozza, hogy a baleseti halálozás csak egyik rezervoárja az észrevétlen maradt öngyilkosságoknak, számos öngyilkosság természeti halálteki kategóriákba kerül (különösen akkor, ha komoly öngyilkossági kísérlet után eltelik bizonyos idő).

A szerző meggyőzően érvel amellet is, hogy az öngyilkosságot komplex összefüggésekben kell vizsgálni, és így az öngyilkossági kísérletekkel egybe kell vonni, a „sikeres” és „sikertelen” öngyilkossági cselekmények szétválasztása nem helyes.

A szerző igen sokat ír a devianciákról általában, és a legtöbb mechanizmust, amelynek szerepet tulajdonít az öngyilkosság hivatalos értelmezésének pontatlanságaiban, főleg más devianciaformák (elsősorban a fiatalkori és felnőttkori bűnözés) sokkal jobban dokumentált és kiterjedtebb vizsgálataival illusztrálja. Az újabb szociológiai áramlatokat nem ismerő olvasónak valószínűleg túl soknak tűnik a szerző elméleti építkezése, ám a szakember ezekben sok érdekes fejtegetést és szempontot lel, és természetesnek fogadja el, hogy a szerző nem tudja megoldani a problémát, csak felveti, megvilágítja új oldalakról.

A könyv maga jól mutatja, hogy a deviancia szakirodalmában mennyire előtérben van a fogalmi meghatározás kérdése, és ez elméletileg és gyakorlatilag milyen fontos lehet, még az öngyilkosság látszólag – és a többi devianciaformához képest nyilvánvalóan valóban is – egyszerűbb területén is. Mutatja a könyv a szakirodalom hallatlan kiterjedését, amely szinte lehetetlenné teszi a teljes tájékozottságot, de amely még mindig lehetővé teszi a rendszeres olvasónak, hogy az alapvető trendeket és összefüggéseket helyesen felismerje és értelmezze.

Az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásai

Az öngyilkosság oka, magyarázata a civilizált ókortól kezdve izgatta az emberi elmét. Nagyon sok filozófiai eszmefuttatás foglalkozott már a görög és a latin irodalomban is az önkezű halál kérdésével. Mivel ez a korszak az erkölcs és az életet vezérlő értékek magas fokú tudatosodásának kora volt, érthetően megértésre, sőt dicséretre talált, ha valaki morális elveinek vagy legfontosabb emberi értékeinek feladása helyett inkább a halált választja, és ezt a halált (ahogyan két évezreddel később Ady Endre kifejezte: a meghívott halált) maga idézi elő. Az ókori szerzők tehát természetesnek vették, ha valaki inkább megölte magát, nehogy áruló legyen vagy hogy a rá váró kintól, megsegélyenüléstől, esetleg a mások által ráért haláltól megmeneküljön.

Ám az ókorban fel kellett figyelni a gondolkodó embereknek arra is, hogy sokan vetnek véget életüknek úgy, hogy erre nincs érthető okuk. Látszólag rendben van minden körülöttük, veszély nem fenyegeti őket, hiányt nem szenvednek, mégis önmaguk ellen fordulnak és öngyilkosok lesznek. Az ilyen eseteket már a régiek is betegesnek, értelmetlennek tartották, hiszen az élet a legfőbb értékek egyike (amint ezt többek között Cicero is megfogalmazta *De finibus bonorum et malorum* című művében), eldobása tehát – ok nélkül – csakis kóros lehet.

Nagyjából így alakult ki az első kérdésfeltevés, amely az öngyilkosság és a pszichiátria viszonyára utalt. Ezután több mint ezer éven át a keresztény valláserkölcse egyeduralkodója következett, amely az emberi dolgokat kizárólag az erény és a bűn kategóriáiban szemlélte. Ebben a korszakban az öngyilkosság elítélendő, bűnös tett lett, függetlenül okaitól, ezen túl azonban érdektelen volt.

A 17. század végétől és a 18. századtól kezdve azonban a természettudományok fejlődésnek indultak, tárgyuk lett az ember is, feltárultak a különböző betegségek tüneti viszonyai, néha okai is, és lassanként újra kialakult a lélek betegségeinek tanulmányozása, amely az ókori orvostudomány kezdeményezései után hosszú ideig szinte feledésbe merült. Mind több leírás vált ismertté az elme betegségeiről, és fokozatosan mindinkább ezek vetületében kezdték értelmezni az öngyilkosság jelenségét is. Felfigyeltek ugyanis arra,

hogy az öngyilkosság gyakran zavart viselkedés vagy nagyfokú levertség, melankólia után következik be. Mind több orvos kezdte ezért azt a nézetet vallani, hogy betegség, elmebeteg állapot az, ha valaki megöli magát. Számos öngyilkosságban azonban a zavartság jeleit nem lehetett kimutatni, az önkész halál pillanatáig az illető ember betöltötte társadalmi funkcióit és teljesítette különféle kötelességeit. Nem volt tehát ok arra, hogy betegnek nyilvánítsák, csupán azért, mert egyszer csak öngyilkos lett.

Az ilyen esetek a nagy francia elmeorvos, *Esquirol* munkássága nyomán kerültek a pszichiátria illetékességi körébe. *Esquirol* alakította ki ugyanis a „pillanatnyi elmebeteg” koncepcióját kizárólag az egyébként magyarázhatatlan öngyilkosságok értelmezésére, abból kiindulva, hogy az élet elvetése csakis kóros lehet, hiszen ezzel szemben nemcsak a morális tudat áll, hanem az emberekkel együtt született természetes hedonizmus, az emberi természet is (Baechert 1975).

Ez a koncepció azután rendkívül hatásosnak és tartósnak bizonyult, hosszú időre az öngyilkosság uralkodó magyarázatává vált és a köztudatban ma is elevenen él, és naponta hallhatjuk, ha emberek olyan öngyilkosságról beszélnek, amelynek okait nem tudják megtalálni. Ha jobban megnézzük, ez a magyarázat egyszerű logikai művelten alapul: az érthetlent, az értelmezhetetlent, a szokványos emberi érdekekkel és törekvésekkel szembenállót egyszerűen kórosnak nyilvánítja, betegségnek tünteti fel. Ez az első pillanatra nagyon világos és megnyugtató állítás, de ha elkezdünk gondolkodni rajta, kiderül, hogy a problémát csupán áttolja egy másik síkra most már ugyanis „csak” azt kell megmagyaráznunk, hogy mi a kóros, a beteges oka. Ez pedig ugyanannyira nehéz.

Mindenesetre az elmebeteg – bonyolult esetekben a pillanatnyi elmebeteg – eszméje sokáig a fő magyarázat maradt. Vezető szerepét nem tudták megtörni az elmúlt század olyan bölcséleti próbálkozásai sem, amelyek az élet eldobásának jogát különleges emberi lehetőségnek nyilvánították, és amelyek sajátos emberi képességnek mondták, hogy a gondolkodó ember megvonhatja élete mérlegét, és dönthet úgy, hogy számára már nem éri meg az, ami a későbbiekben várható, neki már nem érdemes élni. Az ilyen nézetek nem befolyásolták a kialakuló tudományos elmeorvost, amelyben továbbra is tünetként, patológiás cselekvésként fogták fel az öngyilkosságot.

Ugyanakkor az öngyilkosság az érdeklődés előterében maradt, és már századunk húszas éveiben megjelentek olyan bibliográfiák, amelyek az öngyilkossággal foglalkozó irodalom sokezer címét foglalták össze. A leírások főleg az öngyilkossági megnyilvánulások sajátos eseteivel foglalkoztak, igyekez-

tek hű képet adni a jelenségről, tehát ugyanazt a deskriptív hagyományt követték, amely a medicinát, sőt, magát az elmeorvoszatot is előbbrevítte. Szaporodtak azonban a statisztikai közlemények, és ezek *Durkheim* híres könyve „Az öngyilkosság” (1897) után, amelyben az öngyilkosság már nem csupán mint az egyén megnyilvánulása, hanem mint társadalmi formációk állapotváltozásainak tünete szerepel, igen nagyszámúak lettek. «MDNM»

Durkheim munkássága, majd a szociológia látványos fejlődése az érdeklődés egy részét szinte el is vonta az elmekórtan, majd később a pszichológia magyarázataitól, az öngyilkosság azonban mindig eleven és fontos téma maradt a pszichiátria és a lélektan szakirodalmában, annál is inkább, mert gyakorisága világszerte növekedett, és élő társadalmi problémaként is értelmezést, sőt, megoldást sürgetett. Kialakult a modern elmeegészségügy szervezete, a pszichiátriai betegek megfelelő ellátást kaptak, egyre hatékonyabb gyógymódok is ismeretessé váltak, a magatartászavarok mind szélesebb síkja került a pszichiátria ellátási területére (olyanok is, amelyek nem elmezavarnak minősültek, hanem a pszichikus funkciók enyhébb zavarainak, amilyenek a neurózisok), az öngyilkossággal való foglalkozástól tehát a pszichiátria nem is szabadulhatott.

Napjainkban óriási mennyiségű ismeretanyag gyűlt össze a szuicidiumról, igen sokat tudunk fajtáiról, oki tényezőiről, megelőzésének módjáról, mégsem mondhatjuk, hogy a problémát tisztán látjuk vagy megoldottnak tekinthetjük. Ez így van az öngyilkosság szociológiai megközelítésével kapcsolatban éppúgy, mint a lélektani és a pszichiátriai vetülettel. Nemcsak bizonytalanok az ismereteink, de a tisztánlátást komoly elméleti és szemléleti viták is zavarják, amelyekben egymásnak ellentmondó álláspontok hangoznak el, és amelyeknek igazsága módszertani nehézségek miatt jelenleg nem is dönthető el.

Jelenlegi ismereteink összefoglalása ezért is nagyon nehéz. A pszichiátriai vetületek leginkább úgy érzékelhetők, ha néhány kérdésfelvetésben próbáljuk megfogalmazni őket. Ilyen kérdés pl. az, hogy a.) *tényleg kapcsolatban áll-e az öngyilkosság az elmebetegségekkel*, b.) *milyen pszichopatológiai folyamatok eredménye az öngyilkosság, illetve* c.) *milyenek az öngyilkosság pszichológiai tényezői*. E három kérdés a mai pszichiátria tág területére vonatkoztatja a problémát, amely területen nemcsak a szorosabb értelemben vett elmebetegségek, hanem a mindennapi életben gyakran előforduló kisebb-nagyobb pszichikus zavarok is helyet kapnak, és amelyben a határvonal nem éles a normál-lélektan – vagyis a személyiséglélektan és a szociálpszichológia – felé.

Az első kérdést több alternatív formában is fel lehet tenni. Lehet pl. úgy kérdezni, hogy valóban elmebeteg-e minden öngyilkos. Mai tudásunk alapján erre egyértelműen nemmel kell felelnünk. Bármilyen tág értelemben is határozzuk meg az elmebetegség fogalmát, az öngyilkosok jelentős része nem kerülhet bele.

Számos vizsgálat ismeretes olyan öngyilkossági esetekről, amelyek csak a véletlen szerencse folytán nem végződtek halállal. Ilyen esetekben az öngyilkosságot megkísérelt ember személyiségét megismerhetjük (egyébként a „sikeres” (ahogyan az öngyilkossággutató zsargonja nevezi) öngyilkosságokban az egyén magával viszi személyiségállapotának titkát, és így soha nem lehet biztonsággal kizárni, nem volt-e mégis zavart, vagy elmebeteg). Az esetek nagy részében elmebetegséget nem találtak, találtak viszont nagy érzelmi feszültséget, krízisállapotot, indulati hullámzást, és sok más, pszichopatológiai jellegűnek tekinthető tünetet. A meghalt öngyilkosok személyiségképének utólagos rekonstrukciója is azt mutatja, hogy többségükben nem tételezhető fel az elmebetegség jelenléte, befolyása (Resnik 1968, Lester G., Lester D. 1971, Shneidman 1976 stb.). Az a két nagy pszichiátriai kórkép, amely mint elmebetegség egyáltalán szóba jöhet – a szkizofrénia és a depresszió –, különben sem szokott hirtelen kezdődni és első tünetként öngyilkossági késztetéseken megnyilvánulni. Előbb rendszerint a gondolkodás, az érzelmi élet és a viselkedés sajátos zavarai alakulnak ki, amelyekre – a környezet beszámolója vagy hátrahagyott írások nyomán – az öngyilkosság után is következtetni lehetne. Ezzel szemben az öngyilkosok nagyobb része minden szociális szabálynak megfelelően élt, gondolati működései hibátlanok voltak, érzelmeik összhangban álltak önmagukról és élethelyzetükről kialakult tudati képükkel. Az öngyilkossági cselekmény megtervezésében, lebonyolításában és előkészületeiben gyakran meglepő logikát és éleselméjűséget tanúsítottak. Van természetesen az öngyilkosságoknak olyan csoportja, amelyben az elmebetegség áll a szuicidális cselekmény mögött, pl. egyre mélyülő depresszió vagy szkizofrén hallucinációk és téveszmék rendszere, ilyen esetekben az öngyilkos viselkedés gyakran bizzar, különlegesen – a célt, a meghalást tekintve szükségtelenül – brutális, és az öngyilkosság nincs semmiféle szokványos vonatkozásban az illető személyiség életkörülményeivel és emberi kapcsolataival (szemben az öngyilkosok nagyobb részével, akikben az önkezü halál valamiképpen az élettörténet folyománya, és akik esetében az emberi relációk valamilyen értelemszerű viszonylatban vannak az öngyilkosság tényével). Az ilyen, elmebetegségből eredő öngyilkosságok kontrasztja éppen megcáfolja

az esquirolói tézist, azáltal, hogy ennyire sajátos és az öngyilkosságok modális átlagától ennyire elütő a halál.

A pszichiátriai kórképek közé sorolják a neuróziseket és a pszichopátiákat is, számos elmélet ezekkel is törvényszerű összefüggésbe állítja az öngyilkosságot. Van olyan megfogalmazás is a szakirodalomban, mintha az öngyilkosság a neurózis sajátos halálozási kockázata lenne. A kutatók többsége ebben is kételkedik; az ilyen zavarok nagyon gyakoriak a lakosságban, van olyan felmérés, amelyek szerint a lakosság 70-80%-a neurotikus (Srole és mtsai 1962), mások szerint ez túlzott arány, ám a legmértéktartóbb becslések is a lakosság ötödét-negyedét neurotikusnak tartják (Buda 1972). Valószínű tehát, hogy az öngyilkosok között is kb. olyan arányú a neurózis előfordulása, mint az átlagnépességben. Az öngyilkosság folyamatában a neurózis nem kap jellegzetes szerepet (Ringel 1969). A neurózis szerepében kételkednek az öngyilkosságot vizsgáló bolgár kutatók is, pl. Schipkowensky, Kamenow, Schisehkova megállapítják, hogy az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek finomabb elemzése általában nem mutatja ki a neurózis fennállását, és az esetek többségét csak azért minősítik valamilyen pszichopatológiai kategóriával, mert az öngyilkossági cselekmény megtörtént (1976).

A bolgár szakemberek ezzel valami nagyon fontosat fogalmaztak meg, azt, hogy az elmebetegség vagy egyáltalán valamilyen pszichiátriai jelenség feltételezése legtöbbször abból az előfeltevésből származik, hogy az öngyilkosság nem lehet normális, és abból a megítélési gyakorlatból, hogy az egyes öngyilkosságokat mintegy messziről nézik, klisészerű szempontok alapján közelítik meg. Ez különösen az elmúlt századok orvosi gyakorlatára volt jellemző, így azután az öngyilkosság csak nagyon ritkán volt érthető. Úgy is lehet ezt mondani, hogy az érthetőség a vizsgáló, a minősítő ember megértési kapacitásának is függvénye, és mind a köznapi gondolkodás, mind pedig a lélektanilag kevésbé képzett orvosi gondolkodás meglehetősen „értetlen”, az indítékok, érzelmek, egyedi beállítódások szövevényébe nem nagyon lát bele.

Újabban az öngyilkosság pszichológiai kutatásában az a megközelítésmód válik irányadóvá, amely az eseteket a maguk egyediségében vizsgálja, megpróbálva beleélni magát az öngyilkos ember lelkivilágába. Ez a megközelítésmód nemcsak az öngyilkosság tanulmányozásában, hanem általában az emberekkel való segítő foglalkozásban, törődésben, és a társadalomtudományi módszertanban is terjed. Lényege az, hogy a vizsgáló tudatosan használja a minden ember számára adott beleélő képességet, az *empátiát* (Buda 1976). Az ilyen megközelítés nyomán az öngyilkossági kísérletekben és az öngyilkosságban mind több az érthető elem, és csaknem minden eset harmonikusan, vi-

lágosan kibontható az egyén sajátos élethelyzetéből, gondolkodásmódjából, érzelmi világából. Úgy tűnik, hogy a megmagyarázhatatlan esetek elsősorban a belső, empátiás rekonstrukció számára szükséges adatok, információk hiánya miatt magyarázhatatlanok, és ez a hiány legtöbbször azért áll elő, mert nincs megfelelő ember vagy törekvés arra, hogy ezeket az adatokat, információkat fáradtságos munkával megszerezzék. Újabban gyakori az öngyilkosságok ún. „lélektani boncolása”, vagyis ennek a rekonstrukciónak a nagyon gondos, néha nyomozásszerű aktivitással kiegészített elvégzése, és ez meghozza a magyarázathoz szükséges értelmi összefüggéseket (Farberow, Shneidman 1961, Gibbs 1968 stb.). A „magyarázat” azonban az egyén idioszinkratikus belső rendszerének elfogadásán alapul, az egyén saját premisszáinak átvételén, pl. így érthető, hogy a párjára különlegesen ráhangolódott, ahhoz érzelmileg rendkívül kötődő szerelmes nem tud, illetve nem akar élni a másik nélkül, vagy hogy a magán betegség jeleit észlelő idős ember inkább az öngyilkosságot vállalja, mint a lassú senyvedést stb. ez azonban a pszichopatológiai szemléletet nem kapcsolja ki teljesen, hiszen az egyedi belső ítéletrendszer, amely egy-egy embert öngyilkosságra hajló érzelmi állapotba visz, nem szükségszerű, és ugyanilyen egzisztenciális helyzetet más ember más lélektani adatfeldolgozó és érzelmi mechanizmusok révén egészen másként él meg. Az orvos vagy a pszichológus felvehet tehát egy objektív minősítési szempontot, és tekinthet minden belső folyamatot, amely az öngyilkosság felé vezet, hibásnak, leküzdhetőnek (akár kórosnak is elnevezheti ezt, ha elnevezésének jelentéstartalmát jól meghatározza magának), különösen akkor, ha az öngyilkosság megelőzésére törekszik, azonban semmit sem ér azzal, ha egyszerűen összefüggésbe állítja valamilyen elmekórtani kategóriával. Ez utóbbi művelet révén az eset egyedisége mehet veszendőbe a kutató gondolkodásában, és ez a minősítés felhasználhatóságát is csökkenti a megelőzés vagy a terápia szempontjából. «MDNM»

Az első kérdésfeltevésünk (a) megfordított fogalmazása már sokkal helyénvalóbb. Azt tehát, hogy elmebeteg-e minden öngyilkos, elvethetjük, tudományos probléma viszont, ha azt kérdezzük: gyakoribb-e az elmebetegségekben vagy általában a pszichiátriai kórképekben az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet, és ha igen, mely kórállapotok veszélyeztetettek leginkább az öngyilkosság szempontjából? Ezt a kérdést a pszichiátria is, de az öngyilkosság szociológiai és statisztikai kutatása is számtalanszor feltette magának, és erre vonatkozóan nagy kutatási tapasztalat gyűlt össze. Látszólag egyszerű a válasz, elmebetegek és egészségesek csoportjait kell csak összehasonlítani valamilyen hosszabb időtartamban az öngyilkossági cselekmények gya-

korisága szempontjából. Valójában azonban a korrekt tudományos megoldás olyan szerteágazó és nagy módszertani bonyodalmak leküzdését feltételezi, hogy jóformán egyetlen kutatás eredményei sem fogadhatók el megfelelő válasznak. Igen bonyolult kellően nagy csoportok kialakítása, különösen úgy, hogy a csoportok egymással tényleg összehasonlíthatók legyenek (tehát kor, nem, társadalmi helyzet – iskolázottság, anyagi jólét, lakóhely, sőt vallás – stb. szempontjából mindkét vagy mindahány csoport hasonló megoszlásokat tartalmazzon), nehéz és költséges azután ezeket hosszabb időn át követni. Felmerül a mintavétel kérdése a betegség tekintetében is, a vizsgált mintát a tipikus, egyértelmű esetekből kellene összeállítani. Márpedig a pszichiátriai kórképek meghatározásában sok az ellentmondás, van olyan elmeorvos, aki a lehető legszűkebbre szabja a határokat, mások hajlanak a túl tág definícióra. Külön iskolák vannak, amelyek egyik vagy másik meghatározási módot képviselnek, így azután különböző intézetekben más számít szkizofréniának, más depresszióknak, és igencsak más neurózisnak. Vannak esetek, amelyeket csaknem mindenki egyformán kórismézne, statisztikai szempontból azonban mindig azok az esetek problematikusak, amelyek eltérnek a tipikus képtől. Éppen ezért még a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága tekintetében sincs egyetértés a kutatók között.

De van más baj is. Az elmebetegségeket nem lehet „természeti körülmények között” megtalálni. Amint a diagnózis kialakul, valamilyen társadalmi reakció is bekövetkezik, és ennek hatásától nagyon nehéz elválasztani a betegség következményeit. A szkizofréniát öngyilkossági kockázatát pl. akkor lehetne igazán megállapítani, ha a szkizofréniát ugyanúgy élnének a társadalomban, mint a többi ember. De nem így történik. Az elmebetegek általában kórházba kerülnek, és a kórházi kezeléstől sokban függ, hogy mi lesz velük. Egészen a legutóbbi időkig az elmebetegeket szigorú felügyelet alatt tartották, elvettek tőlük mindenféle veszélyes eszközt, sokszor egy pillanatig sem maradhattak egyedül. Egy jól megszervezett zártosztályon azután kicsi valószínűsége volt annak, hogy az élete hátralevő részét ott töltő elmebeteg öngyilkos lesz. Amint az elmekórház szervezete mindinkább a rehabilitációt és a gyógyítást kezdte szolgálni, ahogy megnyíltak a zárt ajtók és a betegek számára bizonyos szabadságot és az emberi élethez méltó eszközöket adtak, megszorodtak az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkosságok. Ma olyan gyógyszerekkel rendelkezünk, hogy az elmebetegek ún. „kémiai kényszerzubonyba” helyezhetők, nem kell őket lekötözni, ahogyan régen tették, néhány injekció magatehetetlen, szendergő állapotba hozza őket. Hasonlóan „nyitott ajtó” rendszerű elmeosztályok között is nagy a különbség aszerint,

hogyan milyen mértékben használják ezeket az erős gyógyszereket, és milyen mértékben folyamodnak munkaterápiás, szocioterápiás vagy pszichoterápiás módszerekhez nem is beszélve az elektrosokk, vagy a „Száll a kakukk fészkére” című film nyomán nyilván közismertté vált prefrontális lobotómia alkalmazásának különbségeiről. Az öngyilkosság szempontjából igen lényeges a pszichiátriai osztályok személyzetének pszichológiai képzettsége és a pszichológiai légkör, amit fenntart a betegek között. Ennek különféle zavarai növelhetik az öngyilkossági cselekmények valószínűségét (Kobler, Stotland 1974, Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974 stb.). A kutató tehát nem találkozhat magával „a” betegséggel, amivel találkozik, az bonyolult szociális erők nyomán kialakult helyzet, melyből a betegség, mint változó, nehezen különíthető el.

Nem érdemes sorolni a további módszertani nehézségeket, a lényeg annyi, hogy a sok ellentmondásos megfigyelés, vizsgálati adat azt valószínűsíti, hogy az idült pszichiátriai betegségben szenvedők valóban veszélyeztetettebbek az öngyilkosság szempontjából, mint a velük összehasonlítható átlagnépesség. Különösen kifejezett a veszélyeztetettség a depresszióban és a szkizofréniában, de a krónikus neurózis is növeli az öngyilkossági cselekmény valószínűségét és különösen kockázatos a szuicidium szempontjából a krónikus alkoholizmus és a kábítószer-függőség (McCulloch, Philip 1972, Shneidman 1976 stb.). Hazai adatok is ezt támasztják alá. Az 1972-ben Budapesten meghalt öngyilkosok felmérése során (Harsányi és mtsai 1976) nagy számban találtak az öngyilkosok között gondozás vagy kórházi kezelés alatt álló elmebeteg, ez olyan nagy szám volt, hogy a fordított összefüggést is valószínűsíti. Mégsem egyértelmű a kapcsolat az elmebetegség és az öngyilkosság között, hiszen az elmebetegség a társas egzisztenciát veszélyeztető súlyos kórállapot, és hasonló testi betegségek vagy stresszteljes élethelyzetek is általában nagyobb öngyilkossági gyakorisággal járnak. Az öngyilkosságok statisztikájából régóta ismert tény, az öregek nagy öngyilkosság-gyakorisága is úgy fogható fel, mint a testi betegségek, szellemi és szociális képességvesztések olyan komplex halmozódásai, amelyekről sok ember inkább a halálba való menekülést választja. Az említett budapesti öngyilkosanyag is példa erre, az öngyilkosok között magas a súlyos testi betegségek aránya, és sok az olyan öregember, aki agyi degeneratív folyamatok miatt nyilván mindinkább kénytelen volt átélni saját hanyatlását. Nem tudjuk tehát, hogy az elmebetegségek nagyobb öngyilkossági veszélyeztetettségében résztvesz-e specifikus módon a betegség maga, avagy csak egy súlyos, az egzisztenciát tartósan károsító (rá-

adásul reménytelennek tűnő, és még helyenként társadalmi megbélyegzésnek is kitett) betegség növeli nem specifikus módon a kockázatot.

A második kérdésfeltevést (b), az öngyilkossághoz vezető pszichopatológiai folyamat természetére vonatkozót a kutatások elég jól kiderítették. Úgy tűnik, körvonalaiiban tisztázódott, hogy az öngyilkosságokban közös mozzanatok játszanak szerepet, és ezek közös folyamatba torkollnak, függetlenül az eredettől és az okoktól, és ebben a közös folyamatban sokkal kisebb a változékonyság, mint az oki konstellációkban. A folyamat lényegét az osztrák Ringel írta le legteljesebben a *preszuicidális szindróma* koncepciójában (1969). Eszerint öngyilkosságveszély akkor lép fel, ha a személyiségben dinamikus beszűkülés következik be, az agressziókifejezés gátolt lesz, és az agresszió a saját én ellen irányul, és ha az előbbi két körülmény hatására a fantáziát mindinkább az öngyilkossági gondolatok töltik meg. A legfontosabbnak a beszűkülés látszik, ennek során az érdeklődés csökken a külvilág dolgai iránt, a felfogóképeség egyirányú és beszűkült lesz, az érzelmek is sablonos, szűk sémákba rendeződnek, a személyiség fokozatosan feladja értékeit és emberi kapcsolatait. A beszűkülés következtében az agresszió is elszakad szokványos tárgyaitól és inkább a saját én felé fordul. A tudatban megszületik a megoldás koncepciója, a menekülés a halálba, ezt a fantázia mindinkább kidolgozza, kiszínezi, az öngyilkossági fantáziák azután részben utat nyitnak az agresszió számára (ekkor történik meg valójában az agresszió befelé fordulása a korábbi pangó, felgyülemlett állapotból), részben pedig tetézik a beszűkülést, ugyanis egy idő után már semmi sem érdekes, csak az öngyilkossági terv.

Preszuicidális szindróma mindenféle személyiségállapot talaján kialakulhat. Létrejöhét az érthetőnek tűnő öngyilkosság eseteiben, mint reakció az élethelyzetre, amely a halál felé terel, de létrejöhét betegségekben is. A nagy fájdalmakkal küzdő, életét féltő idült beteg könnyen kerül ebbe a szindrómába. A depresszió eleve beszűkülést okoz, akárcsak az alkoholizmus és a kábítószerélvezet (mert mindkettő az örömháztartás sajátosan beszűkült, rövidzárlatos formája). A tüneteivel és önértékelési veszteségeivel bajlódó krónikus szkizofrén ugyancsak könnyen csúszhat bele a preszuicidális szindrómába. Minden olyan állapotban, melyben e szindróma kifejlődhet, szinte törvényszerűen gátolt a természetes agressziólevezetődés, legfeljebb alkalmatlan, tüneti jellegű indulatkitörésekben jelentkezhet. Nincs más tárgy tehát az agresszív indulat számára, csak a saját személy.

A Ringel-féle leíráshoz még az tartozik hozzá, hogy az öngyilkosság előtti állapotban szinte törvényszerű az emberi kapcsolatok meglazulása, felbomlása, esetleg az izoláció, a magáramaradás. Érzelemteli emberi kapcsolatban

szinte lehetetlen úgy beszűkülni és annyira a fantáziavilágba merülni, hogy öngyilkosság következzen be. Feltétel tehát, hogy az emberi kapcsolatok elhalványuljanak, elszegényedjenek. Sajnos, ennek az életben elég nagy a valószínűsége, gyakran olyankor is, amikor családi vagy egyéb formális kapcsolatok miatt valaki látszólag nincs egyedül. Igen könnyen magára maradhat az ember, különösen akkor, ha nem képes a kölcsönösségre, ha gyermekes lelkiállapotba kerül, és főleg kapni szeretne az emberi relációkban, ha terhére van a másoknak, vagy ha túlzott érzékenység fejlődik ki benne. Ez pedig az krónikus betegségekben könnyen alakul így, a súlyos beteg előbb-utóbb terhére válik szeretteinek, rendszerint nem is a betegséggel járó ápolási feladatok, hanem a fokozott érzékenység és konfliktuskészség miatt. Könnyen jön ez létre idős korban is. Ha pedig valaki egy nagy, szenvedélyes érzelmi kapcsolatra, vagy vérségi kötelékre szűkül be, ennek él, és ezt elveszíti, automatikusan adódik a magáramaradás lehetősége. A szenvedély ilyenkor könnyen transzformálódik agresszív töltetté és válik az öngyilkossági motiváció erősítőjévé.

A preszuicidális szindrómához vezető lelkiállapotok és betegségek tehát a pszichikus magáramaradás tényezőjén át érvényesülhetnek, ekkor képes a pozitív visszacsatolás mechanizmusán át a belső indulati kavargás öngyilkossági cselekmény kiváltására. Ami az öngyilkosság előtt álló emberben zajlik, az általában nem tekinthető normál lélektani állapotnak, az pszichopatológiai folyamat, amelyben a valóságelv felfüggesztődik (eltekintve az öngyilkosság végrehajtásához szükséges valóságkontaktustól).

Igen fontos körülmény, hogy az öngyilkosság legfőbb célmozzanata a menekülés az elviselhetetlennek, reménytelennek tűnő állapotból, élethelyzetből. Az öngyilkossági cselekménynek tehát szerves része egy sötétre festett, reményfosztott kép a jövőről. A menekülésben nem az élet értékének a megtagadása a lényeg, hanem az, hogy ez a legfőbb érték bizonyosan elvész, megtagarthatatlan, az ember vegye tehát a saját kezébe a sorsát, és rövidítse meg szenvedéseit. Ebből is következik, hogy az öngyilkossági motivációk szinte soha sem egyértelműek, hanem ellentmondásokkal terhesek, szaknyelven: ambivalensek. Mindig jelen van azért a remény, hogy a kilátástalan élethelyzet mégiscsak jobbra fordul, és mégiscsak van esély arra, hogy az életet a személyiség igényeinek megfelelő szinten folytatni lehet.

Ezt mutatja az a tapasztalati tény, hogy csaknem minden öngyilkos tesz egy utolsó, kétségbeesett kísérletet arra, hogy az őt halálba kergető problémát rendezze, és hogy főbb emberi kapcsolatainak közül valakit mozgósítson a segítségére. Ez úgy zajlik le, hogy az öngyilkosságra készülő ember valakit rendszerint értesít szándékáról, és közlésében az a vágy rejlik, hogy az illető pró-

bálja őt visszatartani, próbálja megmenteni a végzetes lépéstől. Többnyire az a személy kap az öngyilkosságra készülő embertől ilyenfajta információt, aki a legfontosabb kapcsolat partnere, gyakran az, akinek eltávolodása vagy sértő viselkedése éppen az öngyilkosság aktuális oka. Sokszor előfordul azonban, hogy az öngyilkossági szándékot éppen a kéznél levő, a legkönnyebben elérhető, és a várhatóan leginkább segítően reagáló személy számára jelzik.

Az öngyilkossági terv, elhatározás közlése néha nyílt, egyértelmű (pl. félreérthetetlen bejelentés vagy fenyegetés formájában történik), néha viszont rejtjeles, nem könnyen megfejthető, gyakran utólag derül csak ki, hogy a néhány mondatos párbeszédben valamiféle segélykérés rejtőzött. Ha az öngyilkosságra készülő embert környezete már kiveti, eltaszítja, igen valószínű, hogy az öngyilkossági jelzést sem fogja fel vagy pedig nem veszi komolyan. A megfigyelések szerint a szándék közlését legtöbbször elhárítják, és ez az öngyilkossági cselekmény közvetlen kiváltó mechanizmusa. A személyiség végképp magáramaradtnak érzi magát, szinte istenítéletszerűen fogja fel az elutasítást, megerősítést lát benne, hogy a halál az egyetlen megoldás. Az öngyilkossági cselekményt megelőző gyermekes – regresszív – lelkiállapot különösen alkalmas arra, hogy szélsőséges következtetésekhöz vezessen.

Az öngyilkossági szándék közlése és az abban rejlő segítség iránti vágy a szakirodalomban a „segélykérési” szindróma – „cry for help” szindróma – elnevezést kapta. Ez a jelenség többnyire a preszuicidális szindróma talaján következik be, annak mintegy sajátos megoldási kísérlete. Gyakori jelenség, hogy az öngyilkosság felé haladó lelkiállapot kedvezően, életigenlő módon változik annak hatására, hogy a fontos kapcsolati partner segítően, támogatóan reagál, hajlandó a konfliktus rendezésére vagy változtat az együttélés addigi szokásain. A „cry for help” szindróma tehát sajátos utolsó fázis az öngyilkossághoz vezető pszichopatológiai folyamatban, amelyből még van visszavonulás, van kiút (Shneidman, Farberow, Litman 1970, Shneidman 1973, Farberow, Shneidman 1961 stb.).

A segélykérés jelensége jól mutatja a személyiség belső ellentmondásosságát, ambivalenciáját, és érthetővé teszi azt a körülményt, hogy az öngyilkossági cselekményből véletlenül életben maradt ember miért juthat viszonylag hamar túl szuicidális kríziséen, miért hagy fel korábbi szándékával, miközben esetleg még rosszabb helyzetbe került, mint korábban volt (pl. az öngyilkossági kísérlet miatti egészségkárosodás következtében). Mutatja tehát, hogy az öngyilkos megnyilvánulásokban is az élet értéke a legfőbb, és mutatja, hogy az öngyilkosságot közvetlenül megelőző állapot patológiás, nem fejezi ki a

személyiség olyan érdekeit, amelyeket folyamatosságában képvisel, vagyis amelyek az öngyilkossági cselekmény után is érvényesek maradnak számára.

Az elmondottak az öngyilkosság minden típusára vonatkoznak. A szakemberek egy része ugyanis az öngyilkossági cselekményekben többféle típust különít el. Egyik a kétségtelen, határozott, halálra törő öngyilkosok esete. Ilyen esetekből állnak az öngyilkosság befejezett, „sikeres” formái. E kategórián belül legfeljebb az öngyilkosság módszerében és a halálhoz vezető cselekmény végrehajtási módjában van különbség. Egy másik típus az olyan öngyilkossági akciók csoportja, amelyekben csak a véletlen akadályozta meg a halálos kimenetelt. A véletlen többféle alakban jelenhet meg, kifejeződhet abban, hogy a biztosnak vélt halálnem mégsem válik be (pl. a mérge nem hatékony, a fegyver meghibásodik, a szeg mégsem tartja eléggé a kötelet, vagy a hurok nem szakítja meg a gerincvelő folytonosságát, csak átmeneti oxigénhiányt okoz stb.); vagy pedig nem sikerül az öngyilkossághoz szükséges időt biztosítani (a hozzátartozók a halál beállta előtt felfedezik az öngyilkost), vagy pedig az orvosi beavatkozás képes megmenteni az életet, s (gyógyszerekkel és vegyszerekkel megkísérelt öngyilkosságokban ez nagyon gyakori).

A legtöbb öngyilkossági kísérletben viszont a halál vágya a cselekmény szintjén is ellentmondásos, ugyanis olyan károsodást okoz magán a szuicid elhatározást deklaráló ember, ami nem alkalmas arra, hogy életének végét vesse. Vagy a módszer elégtelen a halálhoz, vagy az elkövetés módja olyan, hogy mások hivatkozhatnak arra, és elháríthatják a következményeket. Persze gyakran előfordul, hogy a módszer mégiscsak komolyabb, mint az öngyilkos-jelölt gondolta, és a környezet mégsem képes időben észrevenni, miről van szó, és mégsem tudja elhárítani a fatális véget. Számos öngyilkos úgy fejezi be életét, hogy igazában a megmentést készítette elő, és csupán szuicid gesztust akart végrehajtani. A neves amerikai költőnő, Sylvia Plath is így halt meg (Alvarez 1971).

Legtöbbször a cselekmény nem rejti magában az életveszélyt, csupán a szándék ártatlan demonstrációja. Az öngyilkossági kísérletek nagyobb része ilyen.

Erre lehet következtetni abból is, hogy az öngyilkosok és az öngyilkossági kísérletet tevők csoportja teljesen különböző. Az öngyilkosok között az öregek és a férfiak vannak a legnagyobb számban, míg az öngyilkossági kísérletekben a legtöbb a fiatal és a nő. A vizsgálatok szerint az öngyilkossági kísérletek nagy részének valamilyen cél áll a háttérében, amely cél nagyon is életigenlő, és arra irányul, hogy egy nehezen elviselhető interperszonális helyzeten változtatni lehessen, hogy a személyiség számára kulcsfontosságú partner

változtasson a beállítódásán, viselkedésén. Az öngyilkossági kísérlet tehát lényegében fenyegetés, zsarolás, amely valakinek szól. Éppen ezért az egyes kutatók genetikusan is elkülönítik az öngyilkosságot az öngyilkossági kísérlettől, és az utóbbit néha más néven is nevezik (pl. paraszucidumnak hívják). Az elkülönítés legnevesebb képviselője az angol (eredetileg osztrák származású) E. Stengel (Stengel 1964).

Ezt a felfogást sokan vitatják, és az összes öngyilkossági megnyilvánulást egységesnek tekintik. Szerintük az öngyilkossági események folyamatos sorba állíthatók a legártatlanabb öngyilkossági gesztustól az elháríthatatlan önkézü halálig. A különböző esetek között a preszuicidális szindróma mélysége, illetve az agresszív feszültség mértéke differenciál, vagy ugyanezt más szavakkal kifejezve, a meghalás szándékának erőssége és egyértelműsége, továbbá a választott halálnem és öngyilkossági eszköz hatékonysága. De differenciáló hatása van egy sor más körülménynek, pl. bizonyos halált okozó eszközök és szerek hozzáférhetőségének is (amennyiben pl. a szénmonoxid tartalmú háztartási gáz, a foszfortartalmú gyufa vagy a lúgkő nehezen elérhető lett, ez változtatott az öngyilkosság jelenségtanán, már csak azért is, mert az új szerek hatását – pl. a barbituráttartalmú altatókét – könnyebben és biztosabban lehet ellensúlyozni), egy adott terület vagy kultúrkör öngyilkossági eszközeiben mutatkozó szokásoknak – „divatnak”, (amilyen pl. Magyarországon az önakasztás, másutt a löfegyverhasználat, – minden módszer ugyanis különböző halálozási veszéllyel jár), de akár az egészségügyi szolgálat fejlettségének, illetve az öngyilkossági cselekmény orvosi ellátásában mutatkozó időtényezőnek is. Az utánvizsgálatok szerint az öngyilkossági gesztussal próbálkozó emberek későbbi öngyilkossági veszélyeztetettsége nagyobb, és ez különösen vonatkozik azokra az öngyilkossági kísérletesekre, akik komolyabb ártalomnak tették ki magukat, pl. olyan szert vagy módszert használtak, amely orvosi beavatkozás nélkül alkalmas lehetett volna arra, hogy megölje őket.

Sok szerző az öngyilkosság-megelőzés szempontjából kifogásolja az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek elkülönítését, az egyes esetek szintjén ugyanis a kimenetel mindig bizonytalan, és minden esetet tanácsos komolynak tekinteni. Ha a kísérletben csak az interperszonális célt tekintjük, amely nagyon is az életben maradásra vonatkozik, könnyebb elfelejtkezni a potenciális halálos veszélyről.

Az öngyilkosságok pszichopatológiai oldalához tartozik, hogy számos kutató sajátos személyiségformára és életmenetre következtet, amely hajlamosítana az öngyilkosságra. Eszerint a típusos öngyilkos nem szokványos pszichopatológiai eset, nem neurotikus, nem is feltétlen pszichopata vagy elmebe-

teg, inkább az a jellemző rá, hogy nagyon sok megghiúsulásnak van kitéve életében, nagy erőfeszítéssel alkalmazkodik a külvilág követelményeihez, de céljainak elérésében általában sikertelen, emberi kapcsolatai rosszak, önértékelése sok sérelmet szenved. Az ilyen személyiség könnyebben jut el azután olyan krízisállapotba, amelyben a perspektívatlanság érzése és a halálba menekülés szándéka válik uralkodóvá, és bekövetkezik az öngyilkosság. Ringel pl. „chronische psychische Fehlentwicklung”, illetve „Neurose zum Selbstmord her” néven nevezi ezt a személyiségállapotot, és kialakulásáért a család hibáját, a gyermekkorban bekövetkező családi traumatizációt teszi felelőssé (Ringel 1969).

Ez a nézet nem teljesen elfogadott, hiszen nagyon nehéz bizonyítani. A pszichoanalízis és a dinamikus pszichiátria adatai szerint a személyiségnek szinte elengedhetetlen tartozéka egy neurotikus munkamód, és minden ember életében vannak feszültségteli, konfliktuózus, akár kórosnak tekinthető periódusok. A neurózis tehát mintegy „modus vivendi”-je a pszichológiai létnek (különösen, ha a fogalmat kitágított értelmében vesszük), nincs tehát különösebb heurisztikus jelentősége az oki szerep hangsúlyozásának, lényegében ez alig mond többet, mintha az öngyilkosságot motiváló életproblémákra, lelki krízisekre utalnánk.

A kutatók egy része ezt is teszi, a krízishelyzetet állítja a vizsgálódás középpontjába, és annak kialakulási, illetve lebonyolódási módjaiban veszi tekintetbe a különféle betegségeket (köztük a pszichiátriai betegségeket is), egzisztenciális problémákat, és a személyiség különböző diszharmoniait. Az „öngyilkossághoz vezető neurózis” koncepciója lényegében így mutat harmadik kérdésfeltevésünkre (c), az öngyilkosság pszichológiai (normállélektani) tényezőinek jelentőségére. A kutatás ma ebbe az irányba halad. A pszichológiai krízisállapot minden ember lehetséges lelki reakciója; ilyen állapotban negatív érzelmek, feldolgozatlan indulatok kavarognak, a személyiség szükségszerűen beszűkül, közelít a preszuicidális szindróma állapotához. A krízisben könnyen átvált a személyiség olyan belső szabályozási státusba, amely felfüggeszti vagy nagyon megnehezíti az én uralmát a különféle késztetések felett. Létrejöhet a regresszió, olyan folyamatok indulhatnak meg, amelyek már nem állnak a bajban levő ember kontrollja alatt. A krízis kimenetelét, és különösen öngyilkosságveszélyes voltát azután egy sor körülmény befolyásolja, így pl. az emberi kapcsolatok rendszere, az én szabályozási ereje és frusztrációtűrése (ebben a gyermekkori szocializáció faktora rejlik), a személyiségre ható öngyilkossági modellek (ez a rendkívül érdekes kérdés az öngyilkosság szociálpszichológiájához tartozik, itt csak utalhatunk rá: Buda

1971, 1974, Giddens 1971, Phillips 1974 stb.), továbbá az öngyilkossággal kapcsolatos kognitív mozzanatok sora. Ez utóbbi tényezők közé sorolhatók a személyiség sajátos értékviszonyai és beállítódásai, amelyek részben helyzetének szubjektív megítélését határozzák meg, és amelyektől függ maga a krízisállapot érzelmi vihara is, részben pedig amelyek az öngyilkossági cselekmény körülményeit alakítják ki.

Számos érdekes megállapítás született a vizsgálatok nyomán. Ezek közül néhány szinte magától értetődőnek látszik, néhány viszont eléggé meglepő. Természetesnek tűnik, hogy az öngyilkossági módszer halált okozó hatásáról és a hatás mechanizmusáról kialakult ismeretek pontossága fontos tényező, akár olyan értelemben, hogy ezek nyomán az öngyilkossági cselekmény orvosi veszélyessége párhuzamban áll az öngyilkossági szándék erősségével, akár úgy, hogy a hibás ismeretek miatt a szándék és a következmény divergenciája figyelhető meg (Beck, Hesnik, Lettieri 1974). Az is érthető, hogy az öngyilkosság valószínűsége krízishelyzetben a reménytelenség kognitív állapotának mértékétől függ, vagyis attól, hogy mennyire kiűztalannak, véglegesnek, megváltoztathatatlanak fogja fel valaki kellemetlen helyzetét. A kellemetlenség mértéke csak másodlagos. Az ember nagyrészt a jövőnek él, és ezért érthető, hogy a jövő perspektívájának megszűnése komoly szerepet játszik az öngyilkossági döntésben. Valószínű, hogy éppen a jövőorientáltság és a jövő anticipációjának képessége (akár csak az öngyilkossági cselekmény megtervezéséhez szükséges mértékben) teszi egyáltalán képessé az embert az öngyilkosságra és ezért nincs ennek a viselkedésformának semmiféle állati analogonja. A reménytelenség tehát sajátos veszjelzés a személyiség számára, amelyre szuicidium lehet a válasz (Beck, Kovacs, Weissman 1975). Meglepőbbek viszont azok az adatok, amelyek szerint az öngyilkosságnak sajátos belső értelme van a személyiség számára, és ez egyfelől a személyiség múltjának és aktuális helyzetének kontextusában tűnik fel, részben pedig sajátos módon a jövőre vetül, mégpedig arra a jövőre, amelyet a személyiség már nem él meg. Valamiképpen az énkép megtartását, az emberi viszonyok valamilyen befolyásolását, vagy a személyiség fontos értékeinek őrzését szolgálja tehát az ember számára az öngyilkossági akció is (Douglas 1967, Baecher 1975 stb.)

Ezekbe az újabb megismerésekbe bonyolult lenne tovább behatolnunk, a lényeg annyi, hogy az öngyilkosság (annak bármely változata) sajátos folyamat, amelyben a személyiség egésze részt vesz, amely normállélektani tényezőkből szövődik össze, ám amelynek vannak pszichopatológiailag is értelmezhető szakaszai. A pszichiátriai betegségek ugyancsak a személyiség egész fejlődési folyamatát involváló jelenségek, érthető, hogy ezek az öngyil-

kossághoz vezető folyamattal sajátos kapcsolatba léphetnek. Ilyen esetekben a krízis gyorsabb kialakulása vagy mélyültebb lehet, az érzelmek szabályozása nehezebb, a kognitív helyzetkép torzultabb, és az öngyilkosság okainak empátiás rekonstrukciója a vizsgáló számára nehezebb, mert több a bizarr pre-koncepció, előfeltevés, vagy több a sajátos beállítódás. Minden esetet egyedileg kell vizsgálni egész folyamatában, és rendszerint ezt mulasztják el a pszichiátriai kórképre hivatkozva. Számos olyan kutatást ismerünk, hogy a pszichiátriai betegek öngyilkosságában is ugyanazok az alkotóelemek fedezhetők fel, és az öngyilkossági cselekmény időzítése, módja, jellege egyáltalán nem véletlen (pl. Resnik 1968).

Az elmondottak alapján az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásairól a következő általános képet alakíthatjuk ki. Új oldalról kell megközelíteni a problémát. Azt kell elsődlegesnek tekinteni, hogy a pszichiátria gyógyító, segítő diszciplína és társadalmi gyakorlat. Nem a betegségtan tehát az elsődleges fontosságú, hanem az, hogyan lehet enyhíteni a szenvedésen, hogyan lehet megmenteni a pszichés zavarok miatt fenyegetett életet. Ebből az aspektusból a pszichiátriának sokkal szélesebb jelenségek kört kell felölelnie és befolyása alá vonnia, mint a tankönyvileg nyilvántartott elmebetegségek körét. Ha sikerül a személyiség fejlődési zavarait gyógyítani, a kríziseket megoldani, az öngyilkossági cselekményt feltételeiben megakadályozni (tehát nemcsak egyszerűen fizikailag lehetetlenné tenni – pl. zártosztályi felvételen át –, hogy valaki önmaga ellen fordulhasson; noha időnként ennek is lehet szükségessége), akkor a pszichiátria betölti azt a feladatát az öngyilkosság szempontjából, amelyet a társadalom vár tőle. Lassanként a pszichiátria egész feladatköre változik, tágul, a szorosan vett elmebetegségek kutatása és ellátása csak kb. a századfordulóig merítette ki ezt a feladatkört, ma túlságosan szűkre szabott. Ha az esquiroli tézist át lehetne úgy fogalmazni, hogy minden öngyilkossági terv, szándék pszichiátriai segítségre szorulna, és minden ilyen embert úgy kell tekinteni, mint aki önmaga nem képes egyedül úrrá lenni bajain, hanem szüksége van a pszichológiai problémák, krízisállapotok és betegségek szakértőjének a segítségére, továbbá, hogy a segítségnek pszicho- és szocioterápiás stratégia és módszertan alapján kell történnie, akkor elfogadható, hogy akár minden öngyilkost betegnek tekintsünk. Jelenleg azonban a pszichiátria még nem ölel fel ilyen távlatokat, az emberek pszichológiai megsegítése és megóvása még sok különálló diszciplína feladata. Mind a kutatások, mind pedig az öngyilkosság megoldási próbálkozások ma a pszichiátrián kívül a klinikai lélektan a szociálpszichológia, a szociológia, a kommunikáció-kutatás, és sok más társadalomtudományi ágazat keretében folynak, az öngyilkosság egyetlen kérdésének mérlegelését sem szabad tehát kizárólag a mai pszichiátria nézőpontjaira, és még kevésbé gyakorlatára redukálni.

Az öngyilkosságok szociálpszichiátriai alapkérdései

Az öngyilkosság filozófiai, antropológiai, szociológiai és lélektani tényezői és folyamatai közül néhány kiemelkedő jelentőségű az öngyilkosságra hajlamos vagy azzal próbálkozó emberekkel leginkább az egészségügy, ezen belül is az orvosok találkoznak, és az orvosok között elsősorban az elmeegészségügyben dolgozók, a pszichiáterek, akkor nem jogosulatlan a *szociálpszichiátria* fogalmában összesűriteni ezeket az ismereteket, jelezve, hogy itt olyan szociális szabályszerűségekről van szó, amelyek pszichiátriai jelentőségűek. Az említett ismeretek lényegében *multidisziplináris* tájékozottságot és érdeklődést tételeznek fel, a szociálpszichiátriai közelítés tehát sajátos interdisziplináris szint vihet a szuicidológiába is, de az elmeegészségügy különböző foglalkozási ágainak, köztük a pszichiátriának szemléletébe.

A medicina, illetve a pszichiátria sajátos érdekelttségét és illetékességét mutatja, hogy *világszerte mind több az olyan öngyilkos, aki tettét megelőzően orvosnál járt, esetleg pszichiátriai kezelésben részesült*. Már a hatvanas évekből származó adatok is azt mutatták, hogy az öngyilkosok kb. 50%-a járt orvosnál a megelőző hetekben, illetve kb. 20-25%-uk volt pszichiátriai kezelésben vagy közvetlenül az öngyilkosság előtt, vagy pedig a megelőző időszakban (hónapokban vagy évben). Ilyen adatok találhatók a következő szakmunkánkban: Lester, Lester (1971), Shneidman (1978), Farmer, Hirsch (1980) stb. Hasonló adatok olvashatók ki az ún. Budapest-vizsgálatból, amely az 1972-ben Budapesten öngyilkosságot elkövetők adatait dolgozza fel (Harsányi és munkatársai 1976). E vizsgálat szerint a felmért 853 öngyilkossági esetből 562 tétlenek elkövetése idején gyógykezelés alatt állt, mégpedig 225 ideg- és elmeorvosi kezelésben volt (tehát az összes eset több mint negyedrésze). 205 személy, tehát közel a negyedrészt volt alkoholistának tekinthető, ez a csoport azonban fedi az ideg- és elmeegészségügyi kezelésben levők csoportját, legalább is részben. Robins (1981) adatai szerint az öngyilkosok 15-25%-át alkoholizmus vagy azzal kapcsolatos probléma miatt kezelik.

Függetlenül attól tehát, hogy mennyire okozza vagy magyarázza betegség az öngyilkosságot, az bizonyos, hogy az orvos, és különösen a pszichiáter lát-

ja – és legalábbis elméletben befolyásolhatja – utoljára az öngyilkosságra készült. Egyszerű statisztikai megfontolásokból is következik, hogy az öngyilkosság-elhárítás és megelőzés legfontosabb intézménye az egészségügy, és azon belül az elmegészségügy. Észrevehető olyan tendencia a modern társadalomban, hogy a problémás, diszharmonikus, konfliktusos személyiségek mind nagyobb hányada kerül pszichiáterhez, és nyilvánvaló, hogy az öngyilkossági veszélyeztetettek legnagyobb része ezek közül kerül ki. Ez a tendencia része annak a jelenségnek, ami a modern ipari társadalmak *pszichiátrialisálódása* néven ismeretes. Az emberi problémák, konfliktusok mind gyakrabban kapnak pszichopatológiai minősítést és mindinkább pszichiátriai módszerekkel próbálják megoldani őket (pl. gyógyszerrel, pszichoterápiával stb.). Egyelőre nincs bizonyítékunk arra vonatkozóan, hogy a pszichiáter öngyilkosság-elhárító vagy megelőző törekvéseiben sikeres lenne. A pszichiáterek nagy része ugyan az öngyilkosok többségét *depressziósnak* tartja (Robins nyomán néhány jellemző számadatot érdemes idézni, Dorpat, Ripley 38%-ban, Robins és munkatársai 47%-ban, Barraclough 70%-ban vélte a vizsgált öngyilkossági haláleseteket visszavezethetőnek depresszióra), esetleg *alkoholista* személyiségkárosodással magyarázza, ezek kialakulásában sem vehető el „ab ovo” szociális hatások, oki tényezők sora, ezek öngyilkosságában is érvényesülnek kulturális és társaslélektani összetevők. Kérdés, hogy a pszichiáterek ezeknek az eseteknek a veszélyeztetettségét miért nem veszik észre és miért nem hárítják el.

Ha az orvos túllép a nozológiai gondolkodáson, ha az elmekórtani folyamatok mögött, illetve előtt is keres oki faktorokat, ha *elsődleges* megelőzésben is gondolkodik, akkor már érvényesül az említett interdiszciplínaritás, akkor szükség van egy sor ismeretre más szakterületről is. Ha a pszichiáter kutatásba fog az öngyilkosság problémakörében, még fontosabbak a társadalomtudományi ismeretek és módszerek, amelyek számos jellegzetes buktató elkerülését teszik lehetővé.

A statisztikai adatok értelmezése

A legtöbb kutatás – és általában az öngyilkossággal kapcsolatos általánosítások zöme – az öngyilkossági statisztikákból indul ki. E statisztikákban egyes országokon belül hosszú időn át, legalábbis évtizedeken át *állandóság* uralkodik, vagyis a halálesetek száma, nemi, életkori és területi megoszlása közel azonos. Különböző országok viszonyai hasonló állandó arányokat mutatnak. Ezért az öngyilkosság kutatói több mint 100 év óta, gyakorlatilag Morselli működése óta (aki ezt tételszerűen is megfogalmazta) abból a feltevésből in-

dulnak ki, hogy az öngyilkossági statisztikák megbízhatóak és kutatásra alkalmasak. Durkheim klasszikus könyve e feltevés igazolásának látszik, hiszen sok ország és több korszak adatainak összehasonlításából, csoportosításából nyert Durkheim általános tételeket. Csak a legutóbbi időben, kb. az utolsó két évtizedben vetődött fel, hogy az öngyilkosság lényegében *haláloki minősítési* folyamat eredménye, és ez nagyon sokszor távolról sem egyszerű és magától értetődő dolog. A kutatók leginkább az angolszász jog eljárásának és a kontinentális Európa gyakorlatának összehasonlítása nyomán figyeltek fel erre. Míg a kontinensen általában orvos és rendőr együttesen nyilvánítja a halálestet szuicidiumnak, az angolszász jogban ügyészi végzettségű halottkémnek (coroner) kell kimondania, hogy a halál oka öngyilkosság volt. Ezt ott bizonyítani is kell. Bizonyíték lehet a hátrahagyott búcsúlevél vagy az öngyilkosság szemtanúinak beszámolója, esetleg az öngyilkosságot alátámasztó apróbb körülmények sorozatának értékelése. Ha az ügyészi halottkém haláloki álláspontja vita tárgya lehet, pl. örökösödési, biztosítási vagy vallási indítékokból, az ügyész felettesei többnyire szigorúbb bizonyítékokat fogadnak csak el, a valószínűsítő körülményeket kevésbé engedik érvényesülni. Ebből az angolszász jogrendben élő országok öngyilkossági statisztikájának egy állandó hibaforrása következik, amit az angol szakirodalomban „under-reporting”-nak, vagyis alacsonyabb adatközlésnek neveznek (pl. Barraclough 1978, Brugha, Walsch 1978 stb.). A permanens adatközlési hiba mértékét persze több vizsgálat is igyekezett tisztázni. Ilyen vizsgálatok összefoglaló értékelése azt valószínűsíti, hogy a tényleges öngyilkossági gyakoriság a hivatalos statisztikában szereplőnek kb. kétszerese (pl. Wekstein 1979). Van olyan szélsőséges nézet, amely szerint egyes helyeken, pl. az Egyesült Államok nagyvárosaiban a tényleges öngyilkosság-gyakoriság 5-10-szerese a hivatalosan ismertnek (Wilkins 1970). Néhány esettanulmány hasonló konklúzióra jut Anglia egyes vidékeivel kapcsolatosan is.

A kétszeres gyakoriságot látszik alátámasztani egy újabb brit tanulmány, amely a Dover környéki sziklák egyik kedvelt kirándulóhelyének baleseti, illetve öngyilkossági haláleseteit elemezte (Surtees 1982). 1965 és 1979 között itt 124 olyan haláleset történt, amely a magas sziklafalakra való leesésből származott. 58 esetben mondta ki az ügyészi halottkém az öngyilkosságot, az utánvizsgálat pedig 115 halálról valószínűsítette, hogy öngyilkosság volt. A tanulmány esetei jól mutatják, mennyire óvatosan vállalja a coroner az öngyilkosság diagnózisának kimondását, noha számos valószínűsítő jel is mutatja ezt.

Az eltérő minősítési rendszerekből következik, hogy *országok öngyilkossági arányszámait csak feltételesen, bizonytalanul szabad egymással összehasonlítani*. Az eltérő gyakoriság gyakran a halálloki minősítés jogi különbségeiből ered vagy pedig olyan szociológiai tényezők, amelyek differenciálisan motiválják a hozzátartozókat és a környezetet arra, hogy az öngyilkossági esetet megpróbálják leplezni. Amennyiben el tudják háritani a gyilkosság, az idegenkezűség gyanúját, az esetek egy részében biológiai okokkal, balesettel vagy tévedéssel tudják magyarázni a halál okát (pl. Atkinson 1978). Elegendő lehet eltüntetni a búcsúlevelet, letagadni az öngyilkosságot valószínűsítő heteroanamnesztikus adatokat és az eset más halálloki kategóriába kerül. Ha az öngyilkossági cselekmény és a haláleset között huzamosabb idő telik el (pl. napok), a halált okozó szövődmények túlhangsúlyozódhatnak az öngyilkossági cselekmény rovására.

Az öngyilkosok gyakran maguk is igyekeznek balesetnek beállítani halálukat, hogy hozzátartozóikat ne terheljék. Francoise Sagan híres regényének, a „Jónapot búbanat”-nak öngyilkossági eseményét pl. mindenki balesetnek hiszi, csak az érintett két személy tudja, mi történt, amikor az illető elrohant, elmenekült a helyszínről, és hogy szinte bizonyos, hogy szándékosan ölte meg magát. A kutatások egy része általában valószínűsíti, hogy pl. az autóbalesetek egy része (leggyakrabban az egy utast és egy autót érintő balesetek) rejtett öngyilkosságok (pl. Tabachnik és munkatársai 1973, Schmidt és munkatársai 1977, Farberow 1980, Jenkins, Sainsbury 1980 stb.). Ez a hibaforrás azonban korántsem olyan jelentős, mint a halálloki minősítésből eredő. Említésre méltó Cseh-Szombathy vizsgálata (1974), amely a magyar statisztikában egyáltalán nem találja ezt a hibaforrást számottevőnek. Lehet persze, hogy itt szociális tényezők hatnak, később még említést teszünk arról, hogy más országokban élő magyar lakosságcsoporthoz öngyilkossági gyakorisága is magasabb, mint az anyaország lakosaié, illetve olyan magas, amilyen azé a hazai területé, amelyhez a lakosságcsoporthoz közel van, vagy ahonnan származik (Sainsbury, Denkins, Beart 1981), és így nagyon lehetséges, hogy nálunk igen csekély az öngyilkossági esemény *leleplezésének* motivációja, szemben más országokkal, illetve lakosságcsoporthoz. Önmagában a *biztosítás* kultusza, elterjedtsége is lehet differenciáló tényező, hiszen az életbiztosítást öngyilkosság esetében nem fizetik ki, és ha van életbiztosítás (ami a tőkésországokban nagy összegű, jelentős szokott lenni), a környezetnek, de esetleg magának az öngyilkosnak is komoly érdeke lehet, hogy az önkezűség rejtve maradjon.

Egy országon belül, különösen olyan időperiódusban, amikor a statisztikai adatfelvétel rendszere nem változott (és a legtöbb országban ez az utóbbi

fél-három-negyed évszázadban nem változott), az öngyilkosság statisztikai adatai jól felhasználhatók. Különösen a *területi megoszlás* adatai érdekesek, ezek általában konstansak, kiskorú mozgás azonban észlelhető bennük. Jellemzőjük, hogy a nagyarányú területi mobilitás, ami a legtöbb ipari országban az elmúlt évtizedekben, de sokszor napjainkban is megfigyelhető, ezekben a megoszlási adatokban nem tükröződik. Igen valószínű pedig, hogy nemcsak azok költöznek el egy-egy területről, akik az öngyilkosság szempontjából kevésbé veszélyeztetettek. Erre a körülményre a későbbiekben még visszatérünk. A többi megoszlási adat viszont már kevesebbet mond, hacsak a *korcsoportok* adatait nem vesszük, amelyek részben az *öregesek* fokozott veszélyeztetettségét mutatják, részben az esetlegesen növekvő gyakoriságot egyes kortegóriákban (pl. a magyar adatokban a fiatal és középkorú nők gyakoriságának emelkedése ilyen vagy pedig a középkorú férfiaké). Ezek az adatok ugyanis a megelőzés szempontjából fontosak lehetnek. A szociológiai kategóriák szerinti bontás már általában bizonytalanabb (pl. réteghelyzet, foglalkozási csoportok, mobilitási – vertikális mobilitási – viszonyok stb.). Itt esetleg *etnikumok* vagy *szubkulturák* eltérő gyakorisági viszonyai lennének érdekesek, a legtöbb országban azonban ezek nem körvonalazódnak elég élesen (pl. a magyar cigányság csoportja bizonytalan határú, Amerikában a fekete bőrű lakosság jelentős rétegekülönbségeket mutat, ezért csak minták lennének jól összehasonlíthatók, általános statisztikai adatok nem eléggé megbízhatók stb.).

A kultúra szerepe

A statisztikai adatok alapján a *kultúra*, vagyis az értékek, viselkedésformák, magatartásminták és magatartási szabályok hagyományozott rendszere, amely általában az életközösségből, a nemzeti vagy a nemzetiségi tudatból, illetve a történelmi államiságból ered, lényeges szerepet játszik az öngyilkosság oki tényezői között. Védő hatása is van, és ún. *szuicidogén* hatása is lehet. A kultúra része a vallás, amely különösen eleven hagyomány értelmében, és kevésbé intézményes természetében hat. Már Durkheim is megállapította, hogy pl. a katolikus vallásnak mintegy védő hatása van az öngyilkosság ellen, azáltal, hogy ebben a vallásban az öngyilkosság nyíltan bűn. A vallás természetesen nehezen választható el olyan – nem könnyen megragadható – kulturális tényezőktől, mint a közösségi kapcsolatok szorossága és teherbíróssága, kölcsönös segítési minták, rokoni kötelékek stb. Egy-egy kultúrában az ilyen tényezők összefüggő „fürtökben” vannak jelen. Érdekesebb viszont a szuicidogén tényezők rendszere. Erre részben az országtól távol élő, azonos kultúrát

hordozó lakosságcsoport öngyilkossági arányszámának hasonlósága mutat, részben pedig az említett területi gyakorisági különbségek állandósága. Ha más társadalmi szerkezetben, más értékrendszerben, más életkörülmények között hasonló az öngyilkossági gyakoriság, mint ezt az előzőekben a magyar lakosságra vonatkozóan kiemeltük (de más népekre vonatkozóan is elmondhatjuk), ez arra mutat, hogy a kultúrában, tehát a szokásokban kell lenni valamilyen szuicidogén tényezőnek. Ez bonyolult kérdés, önmagában statisztikai adatok alapján már nem vizsgálható, ehhez célzott kutatások kellenek. A legtöbb szakember részben az öngyilkosságot elősegítő *attitűdök* kulturális bázisára gyanakszik vagy pedig rejtett *magatartásmintákat*, *reakciósémákat* tételez fel. Az attitűdök között szerepel pl. a halál „romantizálása”, az öngyilkosságnak, mint menekülési útnak az elfogadása, igénylése stb. (Shneidman 1971, Reynolds, Farberow 1976 stb.). A magatartásminta pedig öntudatlan pozitív példakép, „megoldási képlet” egzisztenciális krízisek, kapcsolati konfliktusok, megszégyenülés stb. esetében, amelyre a szuicidális kultúrában a személyiség mintegy szocializálódik, és amely azután a súlyos, megoldhatatlannak látszó problematikus élethelyzetekben aktualizálódik (Giddens 1971).

Ilyen kulturális tényezőket sejtet, hogy több országban a területi gyakorisági különbségek jelentősek, noha e különbségeket szociális vagy akár vallási tényezők nem magyarázzák. Így pl. Franciaországban északnyugaton (a Belfort és Nantes között húzott képzeletbeli vonalon túl) magas az öngyilkosság gyakorisága, míg attól délre alacsony. Jól ismert a magyar területi megoszlás, az északnyugati megyék öngyilkossági gyakoriságánál kb. két és félszer nagyobb a délkeleti megyéké.

A vizsgálatok és a következtetések szerint a sokféle hajlamosító szociális (pl. településszerkezeti) és kulturális (szokások, segítségi minták stb.) tényező mellett az öngyilkossági kultúra lényegét az előforduló öngyilkossági és öngyilkossági kísérleti esetek *modellhatásai* teszik ki. A mikroközösségekben az ilyen hatások tapasztalata, az ezekre adott reakció adja az öngyilkossági szocializáció lényegét. Számos megfigyelés van arra vonatkozóan, hogy ezek a példák „tanítják” a gyerekek számára, hogy milyen esetekben „célszerű”, „elfogadható” az öngyilkosság, és hogyan kell azt végrehajtani. A modellek meghatározott társadalmi szituációkat sugallnak, meghatározott társadalmi szerephelyzetű (nem, kor stb.) emberek számára. A modellhatások által keltett szocializációs folyamatban azután ez bevéssődik a megfelelő attitűdökkel együtt (Shneidman 1978, Diekstra 1983).

A modellhatások erejére mutat, hogy egy-egy nagy gyakoriságú területen általában az *öngyilkossági módszerválasztás* is viszonylag kötött, legalábbis a

nemek és az életkori csoportok számára, de sokszor jellegzetes a problémátípus vagy konfliktustípus által kiváltott öngyilkossági válasz módszerválasztása is.

Az öngyilkosságra való szocializáció folyamatára, a modellhatások jelentőségére utalnak közvetlen megfigyelések és vizsgálatok is, amelyek *szuggesztív tényezők* szerepére mutatnak az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek kiváltódásában.

A szuggesztív hatások

Régóta ismeretes, hogy időnként szinte öngyilkossági járványok alakulnak ki azáltal, hogy egy-egy öngyilkosság hatására hasonló öngyilkosságok sorozata indul meg. Ilyen esetekben rendszerint hasonló társadalmi helyzetű emberek követnek el öngyilkosságot, azonos helyen vagy hasonló módon. A hely különösen lényegesnek tűnik ilyenkor, többnyire magas helyek szinte kínálkoznak a leugrással. De néha a módszer kelt utánpótlást. Az ötvenes években pl. Fejér megyében csaknem húsz férfi ölte meg úgy magát, hogy drót végére követ kötött, és a követ feldobta a magasfeszültségű villanyvezetékre. Egyes kultúrák jellegzetes öngyilkossági mintái (mint pl. a Malinowski által leírt bűnjóvátevő halál a Trobriand-szigeteken, ahol magas fáról kell leugrani vagy a csendes-óceáni Tikopia szigeten a kievezés a viharos, cápákkal teli tengerre, ahonnan bizonyos távolság megtétele után lehetetlen a visszaút stb.) is lényegében ilyen szuggesztív modelleken át vésődnek be, és ez a kultúra „öngyilkossági szocializációjának” útja. Ilyen kultúrákban is megfigyelhető halmozódás az egyes esetek után, mégpedig azok között, akik az eseménynek szemtanúi voltak, vagy arról értesültek.

Különbféle közösségekben és intézményekben, így pszichiátriai intézményekben és osztályokon is régi megfigyelés, hogy egy-egy öngyilkossági esemény gyakran kivált újabbakat, és ilyen módon az öngyilkosságok sorozatokban következnek be (pl. Kobler, Stotland 1964). Ez a megfigyelés egy-egy öngyilkossági esemény után gyakran a személyzetben automatikusan fokozott készenlétet kelt, megpróbálják megelőzni az újabb eseteket. Számos szakember megpróbálta statisztikailag is megragadni a szuggesztív hatás tényét, ugyanis elterjedt tapasztalat, hogy egy-egy híres, ismert ember között öngyilkossága észrevehetően megemeli az adott területen az öngyilkosságok és a kísérletek számát. Hazánkban pl. Latinovits Zoltán és Domján Edit öngyilkossága látszott hasonló hullámot kelteni, mindegyik a megfelelő nemi és életkori csoportban (de ezt a jelenséget empirikusan nem próbálták meg vizsgálni). Latinovits halálával kapcsolatosan említésre méltó, hogy ő is nyilvánvalóan

József Attila öngyilkosságát utánozta, és mint a halála utáni sajtóközlésekből kiderül, évente több fiatal férfi is követ el hasonlóan öngyilkosságot a baltonszárszói pályaudvaron, vonat elé ugorva.

A sajtóban és a tömegkommunikációban közzétett jellegzetes öngyilkossági esetek szuggesztív hatását újabban kitűnő amerikai vizsgálatok is igazolták. Egy kutató megfigyelései alapján ilyenkor „Werther-effektusról” beszél, utalva Goethe „Az ifjú Werther szenvedései” című könyvére, ami a maga idejében állítólag öngyilkossági járványt keltett a fiatal férfiak körében, és ezért több német városban és hercegségben be is tiltották a művet. Aprólékos statisztikai elemzéssel bizonyítani lehetett, hogy a közhírré tett jellegzetes vagy ismert személyekkel történő öngyilkossági esemény után kb. két héten belül az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek száma megemelkedett (Phillips 1974). Emelkedik ilyenkor az „egy autó – egy utas” balesetek száma is (Phillips 1979, Bollen, Phillips 1981). Tekintettel arra, hogy ez az utóbbi összefüggés több amerikai területen utánvizsgálattal is tisztázódott, továbbá a magányos repülőbalesetekre vonatkozóan is érvényesnek tűnik, valószínű, hogy a balesetek bizonyos hányada rejtett öngyilkosság.

Az öngyilkosság ekvivalensei

A balesetek között megbúvó öngyilkosságok még egy problémát felvetnek, amely általában nehezíti az öngyilkosság kutatását és bizonytalanná teszi a jelenség kontúrjait. Ez pedig az a kérdés, hogy léteznek-e és milyen gyakoriságúak olyan halálesetek, amelyekben nyomon követhető vagy tudatos öngyilkossági cselekmény nem található, viszont a halál oka mégis a személyiségben, annak szinte halálkereső viselkedésében rejlik. Éppen a balesetekkel kapcsolatosan figyelték meg, hogy egyes emberek különös balesethajlamot mutatnak, továbbá, hogy depresszív állapotokban, krízishelyzetekben, konfliktusokban a súlyos vagy fatális balesetek gyakorisága nagyobb. Sok ember különösen veszélyes, kockázatkereső módon él, akik körében a gyakori halálos baleset tartalmazhat rejtett öngyilkossági indítékot is. „Larvált öngyilkosságról” szoktak beszélni olyan esetekben, amikor betegségek vagy műtétek kapcsán a beteg súlyos mértékben nem működik együtt orvosával és olyan viselkedésformákat mutat, amelyek végül közvetlenül hozzájárulnak a halálához. A szuicidológusok ezt a jelenséget sokat vizsgálták, természetesen biztos konklúziókhöz nem jutottak el (pl. Farberow, Shneidman 1961, Farberow 1980 stb.).

Az öngyilkosság ekvivalensének tekinthetők más, túlzott kockázatot vállaló magatartásformák, továbbá a krónikus, illetve a súlyosabb heveny betegség-

gek esetében az olyan viselkedésmódok, amelyek a célszerű gyógykezeléssel szándékosan vagy félig-meddig tudatosan nem együttműködőek, és ezáltal a halálos kimenetelt kiváltják vagy elősegítik. Ilyen viselkedésmód lehet, ha valaki az életmentő gyógyszert elhagyja, ha bizonyos szerekből, pl. inzulinból, véralvadástlóból stb. nagyobb adagot vesz be, amely adag azonban nem közvetlenül mérgező, viszont halálos végű szövődmény létrehozására alkalmas. Ilyen esetekben nagyon nehéz lehet bizonyítani, hogy öngyilkossági ekvivalensről volt szó, leginkább pszichológiai vizsgálat valószínűsítheti ezt a körülményt. Bár újabban ezzel sok kutatás foglalkozik (pl. Farberow 1979, 1980 stb.), ezeknek a haláloknak kapcsolatba állítása az öngyilkossági statisztikákkal, illetve bevonása a szociológiai vagy szociálpszichiátriai elemzésekbe még nem sikerült.

Szociológiai szempontból világos, miért okoznak módszertani gondokat az ilyen ekvivalens viselkedésformák. A szociológiai – de ugyanígy a pszichológiai – összefüggések csak akkor vizsgálhatók, ha a kategóriába tartozó esetek teljes sokasága a lehető legpontosabban ismert, és abból megfelelő *minta* vehető. Az öngyilkosság ekvivalenseinek lehetőségei miatt elképzelhető, hogy az öngyilkossági statisztikákba bekerülő esetek valamilyen módon szelektáltak, torzított mintát jelentenek, egy képzeletbeli „jéghegy” részei, e jéghegy azonban torz alakú és a vízszint feletti részéből esetleg hibásan lehet következtetni az egészre.

Ez a kérdés nem annyira a larvált öngyilkosságok esetében érdekes, mint inkább az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérletek esetében. Régóta ismeretes, hogy az öngyilkosok és a kísérletet tevők populációja statisztikailag igen különböző egymástól, a halálos végű öngyilkosságokban jóval több az idős ember és a férfi, míg a kísérletek között a fiatalok és a nők vannak többségben. Más az öngyilkosságok és a kísérletek típusos lélektana is. Az öngyilkosságokban heves indulati folyamatok, depresszív hangulat, erős beszűkülés dominál, a kísérletekben inkább a környezetre irányuló hatás vágya van előtérben, inkább valamilyen interperszonális konfliktus vagy probléma megoldására történik kísérlet. Több kutató ezért genetikusan is megkülönbözteti az öngyilkossági kísérleteket, ezeket vagy öngyilkossági gesztusoknak nevezi, vagy *paraszuicidiumoknak* (pl. Stengel 1964, Kreitman 1977 stb.). A kísérletek és a befejezett öngyilkosságok között a határ nem éles. Nemcsak azért fordulhat elő, hogy valaki végleges elszánás esetében sem hal meg, mert nem megfelelő módszert választott, hanem azért is, mert megzavarhatják, megakadályozhatják, vagy pedig az öngyilkossági cselekmény után szerencsés módon megmenthetik. Fordított helyzet is van, a komolytalan öngyilkossági kí-

sérlet fatális véletlen (pl. szomatikus érzékenység, a megmentés elmaradása stb.) miatt halálossá válhat. Mindkét eshetőség megváltoztatja az öngyilkosok csoportját, és statisztikai szempontból (pontosabban szociológiai és pszichológiai szempontból) heterogénné teheti. Egyelőre nem ismerjük eléggé az itt ható körülményeket, az azonban valószínű, hogy a modern orvosi eljárások a súlyos öngyilkossági cselekményeket elkövetők növekvő hányadát mentik meg, így várható, hogy az öngyilkossági gyakoriság állandósága vagy enyhe növekedése a súlyos öngyilkossági hajlamosságok és krízisek nagyobb arányú szaporodását fedi. Lehetséges differenciáló körülmény az öngyilkossági cselekményt elkövetőt körülvevő *kapcsolathálózat*. Ha ez megfelelően sűrű vagy jól funkcionál, akkor nagyobb a valószínűsége, hogy a cselekményt megakadályozzák, vagy még akkor fedezik fel, amikor a segítség nem késő. Ha viszont a hálózat laza vagy az öngyilkosságra készülő ember magányos, illetve elszigetelt, akkor az enyhébb kísérlet „sikerének” valószínűsége is nagyobb. Éppen ezért – mint a pszichiátriai betegségekben általában – napjainkban az öngyilkosságok kutatásában nagyobb hangsúlyt kap a *szociális kapcsolathálózat* (social networks), illetve a személyiséget körülvevő *interperszonális támaszrendszer* (social support system) kutatása. Ennek a megelőzés szempontjából is nagy a jelentősége.

Újabban mind többet vizsgálják az öngyilkossági kísérleteket abból a szempontból, hogy elkülöníthető-e közöttük egy olyan csoport, amely többé-kevésbé véletlenül maradt életben, mert kedvezőtlen körülmények között kísérelték halállal végződhetett volna. Általában azokat az eseteket sorolják ebbe a csoportba, akik olyan módszerrel próbáltak véget vetni életüknek, amely alkalmas az élet kioltására, meghalási szándékuk erős volt, és lehetőség szerint megpróbálták bebiztosítani, hogy az öngyilkossági cselekményt ne zárják meg. A vizsgálatok arra mutatnak, hogy lehetséges ilyen csoport elkülönítése. Érdekes módon ez a csoport statisztikai, illetve demográfiai jellemzőiben is hasonló a halálos végű öngyilkosok populációjához (Lester, Beck, Trexler 1975, Beck, Beck, Kovacs 1975, Beck, Weissman, Lester, Trexler 1976, Rosen 1976, Farmer, Hirsch 1980 stb.). Ezek a kutatások azért nagy jelentőségűek, mert ilyen módon a halálos végű öngyilkosságok pszichológiai és társaslélektani viszonyai jobban megközelíthetők, hiszen az életben maradt „koronatanú” megkérdendő, vizsgálható.

Ez a közelítési logika természetesen korábban is érvényesült, hiszen az öngyilkosság pszichodinamikájára és szociálpszichológiájára vonatkozó ismeretek többségét eddig is az öngyilkossági kísérletek tanulmányozásából követték, előnyben részesítve a súlyosabb eseteket, a véletlenül életben

maradtak. Ma a kutatók többsége arra hajlik, hogy a paraszucidiumokat aszerint érdemes elkülöníteni, hogy mennyire állt fenn az öngyilkossági kísérletet tevők környezetében *kommunikációs zavar* és mennyire szolgált az öngyilkossági gesztus ennek áthidalására, mennyire világosan fejeződött ki benne interperszonális cél, illetve hogyan biztosította be a kísérletet tevő, hogy ne haljon meg, vagy komolyan ne károsodjon, lehetőleg mielőbb felfedezzék és segítséget kapjon. A paraszucidiumok túlnyomó többsége gyógyszerrel próbál öngyilkosságot elkövetni, külön alcsoportnak tűnik a csuklójukat felvágó, eret megsértő kísérletezők (Clendenin, Murphy 1971). A közepesen komoly, nagyobb mennyiségű gyógyszert beevő vagy veszélyes módszert választó kísérletek általában közelítenek a komoly szuicid csoporthoz, és az ezekben megfigyelhető szabályszerűségek többé-kevésbé emlékeztetnek a halálos végű öngyilkosoknál tapasztalhatókra. A nyilvánvalóan paraszucidiumnak megfelelő esetek kivételével ezért a szerzők többsége az öngyilkossági kísérletet tevőket azonos mércével méri, az öngyilkosságveszély elhárítása, illetve az öngyilkosság megelőzése szempontjából, mint az öngyilkosokat. Sokan ellenzik is a szuicidium és a paraszucidium fogalmi elválasztását.

A halálos végű öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet komolyabb formáinak hasonlósága mellett szólnak azok az adatok, amelyek az ún. *pszichológiai boncolás* módszerével nyerhetők (psychological autopsy). Ezt a módszert a Los Angeles-i öngyilkossággkutató és megelőző központ munkatársai, Farberow, Shneidman, Littman, Tabachnik és mások dolgozták ki (Farberow, Shneidman 1961, Shneidman, Farberow, Littman 1970 stb.). A módszer abból áll, hogy egy-egy öngyilkossági esemény után szakemberek megkérdezik (a mélyinterjúhoz hasonló nondirektív technikával) mindenkit, aki az öngyilkossal az utolsó 24-28 órában kapcsolatban állt, és megpróbálják pontosan rekonstruálni mit mondott, mit tett, hogyan viselkedett az illető, és ez hogyan következett egymás után időrendben. A módszer segítségével általában nagyon sokat meg lehet tudni az öngyilkossági eseményről. Általában kiderül, hogy a gyakran hirtelennek és értelmetlennek látszó öngyilkosság nagyon is érthető, és már huzamosabban ható öngyilkossági krízis része. Az is kiderül, hogy az utolsó napon az öngyilkosságra készülő általában számos jelzést ad ismerőseinek, kapcsolatainak, esetleg idegen személyeknek is szándékáról. Ezeket a jelzéseket a környezet többnyire csak utólag érti meg. Ezzel a módszerrel általában igazolható tehát az ún. „cry for help”, a segélykiáltásszerű, de ugyanakkor torzított és indirekt öngyilkossági kommunikáció, amelynek az öngyilkosság-megelőzés szempontjából nagy a jelentősége. A pszichológiai boncolás nagyon sok alátámasztó adatot hozott a Ringel-féle *pre-*

szuicidális szindróma létét és fontosságát illetően (Ringel 1969). A pszichológiai boncolások adatai és a komoly öngyilkossági kísérletet tett emberek ki-kérdezésének, vizsgálatának adatai nagyon sok hasonlóságot mutatnak. Ez a körülmény nagy gyakorlati és szemléleti fontosságú, mind a kutatás, mind pedig a megelőzés szempontjából.

Az öngyilkossági kísérleten átesettek veszélyeztetettsége

Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet összetartozását, de egyben az öngyilkossági esemény *mintaadó* jellegét is aláhúzzák azok a vizsgálatok, amelyek öngyilkossági kísérleten átesetteket követtek. E vizsgálatok egy részét az Egészségügyi Világszervezet kezdeményezte, illetve koordinálta. Az ilyen esetek – még ha az öngyilkossági kísérlet okozta szomatikus károsodás mértéke csekély is – mentálhigiénés szempontból kockázati csoportnak tekinthetők, hiszen vagy kóros, konfliktusos emberi kapcsolatrendszer okozta hibás reakciómódjukat, vagy pedig korábbi személyiségkárosodás miatt képtelenek bizonyos helyzeteket elviselni vagy azokat megoldani. Az ilyen esetekkel való foglalkozás a *harmadlagos prevenció* fogalomkörében értelmezhető. Ez vonatkozik az öngyilkosság harmadlagos megelőzésére is, hiszen régi megfigyelés, hogy *az öngyilkossági kísérleten átesettek között gyakoribbak a további kísérletek, és nagyobb az öngyilkossági halálozás gyakorisága*. Az ide vonatkozó vizsgálatok száma olyan nagy, hogy csak néhány reprezentatív közlemény idézhető, az utóbbi két évtized különböző korszakaiból (pl. Rügsegger 1963; Gibbs 1968; WHO 1968, 1974, 1976, 1981, Böhme, Schönfeld, Weltzien 1982; Lehtinen, Jokinen 1982 stb.). Az összesített adatok szerint az öngyilkossági kísérleten átesettek öngyilkossági halálozása a következő néhány (2-10) évben 1-8% lesz. Ez akkor is enormis, ha számításba vesszük, hogy egy-egy korcsoport *kumulatív* öngyilkossági gyakorisága meglehetősen nagy, hiszen az egyes évekre számított arányszámok összeadódnak, az átlépéssel pedig az idősebb kor kategóriákba növekedhetnek is. Kb. 10-15%-ra rúg a sokszorosán ismétlődő öngyilkossági kísérletek száma, ezeket *habitualis* vagy *krónikus* öngyilkosoknak szoktuk nevezni. Ezeknek nagyobb része végül öngyilkosság miatt hal meg. Az öngyilkossági kísérletezők egy része soha sem ismétli meg a kísérletet, a vizsgálatok szerint valószínűleg azért, mert az öngyilkossági esemény jelentős arányú és kedvező átrendeződést hozott létre az emberi kapcsolatok konfliktusaiban, és mert az öngyilkossági kísérlet pszichológiai tanulságai, utóhatásai a személyiség érését, fejlődését segítették elő. Az ilyen öngyilkossági események gyakran elfojtás alá is kerülnek a személyiségben. Hosszú távú katamnesztikus vizsgálatok kimutat-

ták, sokan nem is emlékeznek vissza később, hogy életükben volt öngyilkossági kísérletük. Több kutatás megállapítja, hogy súlyos, komoly, potenciálisan halálos végű öngyilkossági kísérletek után is létrejöhet olyan intraperszonális és interperszonális átrendeződés, ami az öngyilkossági motívációkat tartósan „kisüti”, és ami véd az öngyilkosság későbbi előfordulásával szemben. Különösen az öngyilkossági kísérlet után fellépő betegségek vagy csunkulások esetében van ez így.

A legtöbb öngyilkossági kísérletező viszont veszélyeztetett marad, s következő konfliktusaiban ugyanehhez a „megoldóképlethez” próbál folyamodni, ugyanígy reagál. Egyes vizsgálatok szerint az öngyilkossági kísérleten átesettek fantáziáiban több az *öngyilkossági ideáció*, vagyis krízishelyzetekben hamarabb, könnyebben gondolnak is az öngyilkosságra, mint mások. Ez azonban nagyon nehezen vizsgálható kérdés, a kutatók egy részét az öngyilkossági kísérlet – úgy tűnik – prejudikálja, és a szociológiában és szociálpszichiátriában ismert *címkezési*, *minősítési* elmélet (labeling – pl. Schur 1971, Scheff 1975 stb.) mechanizmusaihoz hasonlóan ezt a csoportot kórosabbnak tekintik, mint az átlagpopulációt. Pszichiátriai szűrővizsgálatokból és más felmérésekből tudjuk, hogy a különféle tünetek a lakosságban általában nagyon gyakoriak. Tudjuk pl., hogy az öngyilkossági ideáció is nagyon gyakori, lehetséges ezért, hogy az öngyilkossági kísérleten átesettek a katamnesztikus vizsgálatok *kontrollcsoportok* felhasználásával lennének elfogadhatók.

A helyzetet jól mutatja egy újabb vizsgálat, Lehtinen és Jokinen már idézett munkája, amely 1982-ben jelent meg. Ebben 159 öngyilkossági kísérleten átesettet követtek 5-6 éven át. 2%-os öngyilkossági halálozás volt ebben a csoportban, ami magasnak tekinthető (bár az összesetszám alacsony volta miatt ez az adat nehezen értékelhető, ilyen vizsgálati csoportban egy eset statisztikai súlya igen nagy; – erre pl. a társadalomtudományi öngyilkosságvizsgálati metodikát és értelmezést ellenző francia filozófus, Jean Baecher (1975) is felhívja a figyelmet). 32,6%-ban következett be újabb öngyilkossági kísérlet, 39,3%-ban voltak kimutathatók öngyilkossági gondolatok, 61,8%-ban mutatkoztak indirekt önkárosító jelenségek (pl. balesetek; ez ismét olyan kérdés, ami csak kontrollcsoporttal, mégpedig illesztett kontroll felhasználásával lenne megbízhatóan tisztázható, tekintve, hogy a lakosság körében általában gyakoriak az ilyen megnyilvánulások, különösen, ha a kisebbeket is számításba vesszük), 26,4%-ban volt alkoholabúzus észlelhető (ismét bizonytalan dolog, hiszen szinte tetszőleges, hogy e fogalom határait hol húzzuk meg, és nem tudjuk, hogy az átlagemberek között az a mérvű abúzus milyen gyakori). Még kevésbé értékelhető, az elmondott kritikai szempontok alapján, az ön-

gyilkossági kísérleten átesettek pszichológiai státusa. E vizsgálat szerint 55,7%-ban magányosan éltek, 61,8%-ban voltak problémáik az emberi kapcsolatokkal.

Bárhogy is értékeljük az öngyilkossági kísérleten átesettek további sorsát, illetve pszichológiai helyzetét, az nyilvánvaló, hogy ez az a csoport, amely leginkább megjelölhető, mint veszélyeztetett csoport, és amelyre az öngyilkosságot megelőző társadalmi törekvéseknek irányulnia kellene. Ez a csoport nemcsak ön maga számára ad mintát a rövidzárlatos, „acting out” jellegű problémamegoldásra, hanem valószínűleg nagy szerepet játszik a kulturális öngyilkossági minta fenntartásában azáltal, hogy interperszonális környezetében modellként hat. A harmadlagos prevencióban tehát bizonyos *elsődleges* prevenció is megvalósul, ha ezzel a csoporttal foglalkoznak. Sajnálatos módon azonban az öngyilkossági kísérleten átesettekkel sokkal kevesebb terápiás foglalkozás történik, mint amennyi katamnesztikus vizsgálat foglalkozik velük. Ebben része van annak a körülménynek is, hogy az öngyilkossági kísérleten átesettek egy része nehezen közelíthető meg, nehezen kommunikál, nem motivált a pszichológiai foglalkozásra, és konfliktusait, negatív indulatait könnyen átteszi a neki segíteni akaró szakemberekre.

Az öngyilkossági kísérleten átesettek és öngyilkosságveszélyes emberek kezelése

Mivel az öngyilkossági kísérleten átesett emberek az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettek, világszerte kísérletek történtek a kezelésbevételre, megelőzési céllal, különösen az utóbbi években. A kezelésbevétel általában közvetlenül az öngyilkossági kísérlet orvosi ellátása után történik, ilyenkor a betegek még függőségben vannak az egészségügyi intézményektől. Az öngyilkossági kísérleteseket általában pszichiátriai konzíliumnak mutatják meg, és azokat, akiket a pszichiáter betegnek tart, többnyire pszichiátriai kezelésbe utalják. A pszichotikus eseteket többnyire osztályra küldik, az enyhébb eseteket ambulanter látják el. A pszichiáterek gyakran használnak gyógyszereket a kezeléseik során, elsősorban *antidepresszánsokat*. Mind gyakrabban próbálkoznak meg *pszichoterápiával*, ez lehet egyéni, még gyakrabban csoportos (pl. Frederick, Farberow 1970 stb.), gyakran alkalmaznak klubszerű és laza szerveződésű, önszervező célzatú csoportformákat (itt kell megemlíteni, hogy az öngyilkossági kísérletesek klubkezelésének úttörője volt *Kun Miklós*, aki már a hatvanas évek elején szervezett klubokat fiatalkorú öngyilkosok számára, e klubokat munkatársaival évekig működtette. Gazdag tapasztalatait azonban

nem összegezte, ezekről csupán előadásokban számolt be), de alkalmaznak párterápiás és családterápiás beavatkozásokat is. A legtöbb helyen azonban *komplex terápiás programokat* kínálnak, ezekben különböző programváltozatokat építenek be, figyelembe véve a betegek pszichés szükségleteit és igényeit. A programokban van egyéni foglalkozás, de vannak különböző csoportok is, ezek között sok az autogén tréninget, kommunikációs készségeket, konfliktusmegoldó stratégiákat tanító csoportforma (Kurz és munkatársai 1985). E kezelési formákban a lemorzsolódás sajnos meglehetősen nagy. Az utóvizsgálatok azt mutatják, hogy a kezelések eredményessége nem kielégítő, a vizsgálatok többsége (és éppen a legnagyobb esetszámba kiterjedő, legkorszerűbb módszertani és a leghosszabb katamnesztikus idejű vizsgálatok) a kezelt csoportokban később ugyanannyi öngyilkossági halálesetet és ismételt öngyilkossági kísérletet talált, mint a kezeltlen kontrollcsoportokban (Welz, Möller 1984). A kezelési programokban és a szakorvosi vagy szakpszichológusi kezelésbe való utalás során is az történik azonban, hogy az öngyilkossági kísérlet után máshová küldik a beteget. Új kapcsolatokba kell tehát belépnie – gyakran többször is. Sok szakember szerint ez az oka, hogy az öngyilkossági kísérleten átesettek kezelése nem elég eredményes. Biztató Wedler kísérlete: ő a detoxikációt és a szomatikus kezelést végző pszichológusokból álló osztályos team segítségével végzi a kezelést, a betegeket a saját osztályra járattja azután vissza. Így szorosabb kapcsolati kötések tud kialakítani, az ébredező, feltisztuló, gyógyuló beteg regresszív lelkiállapotában jobban megközelíthető a terápiás kapcsolat számára (ezt már régebben is többen megállapították), és a korán kiépített kapcsolatot jobban fel lehet használni a további kontaktus fenntartására és a beteg változtatására. A Wedler-féle kísérletben *újfajta kommunikációelméleti megközelítés* is érvényesül. A team abból a kinyilvánított álláspontból közelít a beteghez, hogy elfogadja, hogy a beteg élethelyzete, melyből az öngyilkosság révén menekülni próbált, valóban tűrhetetlen, elviselhetetlen, és ezen az élet további folytatása érdekében okvetlen változtatni kell. Ilyen módon a beteggel való foglalkozáshoz megfelelő *empátias légkör*, közös kommunikációs bázis jön létre, és a beteg élethelyzeti feladatai (amely többnyire kapcsolati problémát rejt magában) megoldására lehet mozgósítani (Wedler). A kezdeti eredmények igen jók, kérdéses, hogy a katamnesztikus vizsgálatok mit fognak majd mutatni.

Számos kutató hangsúlyozza, hogy az öngyilkossági kísérleten átesettek egy része, csakúgy mint az öngyilkossági krízisbe kerülők egy része nagyon nehéz helyzetben van. Vagy magányos és elhagyatott, s általában biológiai okokból is kevesebb erőforrással rendelkezik (pl. idős, beteg, fogyatékos

stb.), vagy pedig az előrehaladott alkohol- és drogfogyasztás súlyosan, esetleg jóvátehetetlenül károsította a személyiségét. Ezeket az eseteket nagyon nehéz megmenteni, az öngyilkossági kísérlet szempontjából – az említett mechanizmusokon át – veszélyeztetettebbek, és többnyire fizikailag is esendőbbek az önkárosítás szempontjából.

Az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett (köztük a kísérleten átesett és emiatt kezelésbe került) emberek megmentésének nehézségét mutatja az a tény, hogy *igen gyakori*, sőt, mind több a pszichiátriai osztályon, elmeosztályon bekövetkező öngyilkosság. Ezt német (pl. Wolfersdorf és munkatársai 1986) és skandináv (pl. Retterstol 1986) adatok is bizonyítják. Svéd elmeosztályokban mind több öngyilkosság történik. Az elmeosztályban kezelték gyakorisági arányszáma 270, ez több, mint tízszerese a svéd országos öngyilkossági gyakoriságnak. A kórházban bekövetkezett öngyilkosság arányszámok a múlt században is magasabbak voltak ugyan, mint az átlagnépességben (Möller 1986), de a modern elmeosztályok nagy és növekvő öngyilkossági gyakorisága is mutatja, hogy *az öngyilkosságveszély elhárítása napjainkban még nem megoldott*, nem eléggé hatékony vállalkozás. Nem tudjuk természetesen, hogy a ma használatos kezelési formák, és különösen a kórházi kezelések nélkül milyen gyakori lenne az öngyilkosság. Itt ugyanaz a dilemma áll fenn, mint az öngyilkossági kísérletek terén, ahol a modern gyógymódok (mert megmentik őket) mind több olyan öngyilkossági cselekményt változtatnak kísérletté, amelyek korábban biztosan halállal végződtek volna. Vannak adataink arra nézve, hogy a zárt és kuszodiális rendszerben működő elmeosztályok öngyilkossági gyakorisága is nagy, bár a hagyományos pszichiáterek egy része a nyílt osztályos rezsimeket és a betegek ellátásának növekvő liberalizációját, nagyobb szabadságfokát okolja. Több szakember felhívja a figyelmet arra, hogy a növekvő öngyilkossági gyakoriság a pszichiátriai osztályokon azért is feltűnő és aggasztó, mert egyre nagyobb ezeknek az osztályoknak a forgalma, a betegforgója. Mások szerint viszont éppen ez lehet az oka, hogy mind több öngyilkosságveszélyes ember kerül be. Minél jobb a pszichiátriai ellátás hálózata, munkája, annál több öngyilkosságveszélyes állapotra figyelnek fel és küldik be kórházba. Ott viszont a kezelés gyakran sikertelen. Vannak, akik szerint a nagy betegforgalom inkább szuicidogén tényező, az öngyilkosságveszélyes ember a kórházban sem talál támaszt nyújtó csoportot. Vannak adatok, hogy a kórházi osztályokon történő öngyilkosságok főleg a személyzet váltásakor, átrendeződésekor, szabadságidejében vagy túlerheltsége mellett fordulnak elő, tehát olyankor, amikor a betegek nem tudnak megfelelően kötődni, nincs terherbíró terápiás kapcsolat.

Az utóbbi kb. 10 évben terjedőben van a depressziós betegek külön, speciális osztályokon történő kezelése, az ún. *depresszió-osztályok* működtetése. Ezeken az osztályokon általában külön gondot fordítanak arra, hogy a betegek kötődjenek a személyzet legalább két tagjához, egy diplomáshoz és egy ápolóhoz. A betegeket különböző csoportmódszerekkel, főleg mozgásterápiás módszerekkel aktiválják és igyekeznek számukra sikerélményt teremteni. A depressziós osztályok általában alkalmazzák a depresszió *kognitív terápiáját*, amelyet Beck fejlesztett ki (Beck és munkatársai 1981) vagy ennek valamely változatát. Az ilyen osztályok a depressziósok kezelésében nagyon jó eredményeket érnek el (Wolfersdorf, Straub, Hole 1984, Wolfersdorf, Wohlt, Hole 1985). Mivel a pszichiáterek egy része – kiváltképpen a biológiai szemléletű pszichiáterek – hajlanak arra, hogy a depressziót tekintsék az öngyilkosság fő okának, mint erről már volt is szó az előzőekben, ezért mind több öngyilkosságveszélyes beteg kerül ezekre az osztályokra. Néhány depressziós osztály viszont azon az állásponton van, hogy a heveny öngyilkosságveszélyes esetek nem ide valók, hanem *krízisintervenciós osztályokra*. Mások viszont szívesen vesznek fel öngyilkosságveszélyes depressziósokat is, hacsak nem egészen heveny, agitált állapotban és közvetlen öngyilkossági tervvel kerülnek be (ugyanis a depressziós osztályok nyílt rendszerben működnek). Mindenesetre a német osztályok adatai szerint az öngyilkosság gyakorisága ezeken az osztályokon is meglehetősen magas (Wolfersdorf 1986).

Az eddigi összesítések szerint a *krízisintervenciós technikák* közvetlen öngyilkosság-megelőzési hatékonysága jelentős, és a krízisintervenciós osztályok is sok beteget képesek megmenteni, adekvát segítséget nyújtva a krízishelyzetekben (Butcher, Ross 1978). A krízisintervenciós osztályok eredményességét azonban katamnesztikus vizsgálatok nem bizonyítják eléggé, illetve nem lehet tudni, hogy a későbbiekben a krízisen átesettek milyen hányada lesz öngyilkos. A krízisintervencióval foglalkozó szakemberek tapasztalata, benyomása az, hogy a sikeresen megoldott krízis bizonyos védettséget jelent, a személyiség felkészültebben, több problémamegoldó és feszültségtűrő képességgel áll szemben az újabb konfliktusokkal, megghiúsulásokkal és veszteségekkel.

Itt kell említeni a krízisintervenció legegyszerűbb formájának, a *telefonos elsősegély-szolgálatoknak* munkáját. Ezek a közvetlen tapasztalat szerint sok esetben igen hatékony öngyilkosságmegelőző tevékenységet folytatnak. A névtelen hívás éppen a preszuicidális szindróma mélypontján lévő emberek számára lehet megfelelő alkalom, hogy valakivel mégis jelképes kapcsolatot vegyenek fel. A telefonszolgálatok adatrögzítései szerint a hívók elég nagy

hányada öngyilkossági krízisben levőnek, öngyilkossági veszélyeztetettnak mondható (a különböző szolgálatok adatai szerint 8-20%-a, s a hazai szolgálatokban is általában magas az ilyen hívók aránya). A telefonos lelki segélyszolgálatok, pl. az angliai *samaritánusok* munkáját általában elismerés és lelkesedés veszi körül, a szolgálatok nagyon sok laikust mozgósítanak és képeznek ki telefonos segítésre, krízismegoldásra. A hatvanas években és a hetvenes évek elején az angol öngyilkossági gyakorisági arányszám folyamatosan csökkent, számos szakember, és különösen a samaritánusokat irányító szakemberek köre, úgy vélte, hogy ez annak köszönhető, hogy a hatvanas évekre Angliában a samaritánusok több mint 160 szolgálata alakult meg és bonyolított nagy forgalmat. Bagley (1968, 1977) kimutatta, hogy az öngyilkossági gyakoriság csökkenése összefüggött az angol nagyvárosokban a samaritánusok megjelenésével és telefonforgalmával. Később számos kutató ezt cáfolta (Barraclough, Jennings, Moss 1977, Jennings, Barraclough, Moss 1978). Az Egyesült Államokban is folytak hasonló polémikák a telefonszolgálatokkal kapcsolatosan. E vitákban kitűnt, hogy a pszichiáterek és az öngyilkosságkutatók egy része szkeptikus és ellenséges a telefonszolgálatokkal szemben. Az öngyilkosság komplex természetéből következik, hogy egy-egy szolgáltatfajta vagy beavatkozási mód hatékonysága országos vagy területi gyakorisági adatok tükrében nem mérhető. Különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a már említett szuggesztívós tényezőkön is, és számos szuicidogén társadalmi folyamaton át (pl. anómia, urbanizációs, individualizációs stb. – lásd ezekről: Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974, Buda 1981 stb.) *növekszik az öngyilkossági ideáció és késztetés a lakosság körében*, mint ezt amerikai, holland, nyugatnémet és más adatok mutatják.

A krízisintervenció irodalma, az öngyilkossági folyamat kutatásának szociálpszichológiai szakirodalma és számos más forrásanyag azt valószínűsíti, hogy a közeli években az öngyilkosságveszélyes állapotok pszichoterápiájában jelentős fejlődés várható, és ha új és hatékonyabb módszerek differenciáltabban kerülnek alkalmazásra, ha öngyilkosság-megelőzési programok *komplex mentálhigiénés erőfeszítések* keretében indulnak meg, akkor az öngyilkossági helyzeten legalábbis valamit javítani lehet. Már vannak olyan adatok, amelyek szerint körülírt területen folytatott, a közösségekre ható, intenzív és tartós megelőzési programok képesek csökkenteni a terület öngyilkossági gyakoriságát. Ezek a – főleg amerikai – adatok most kerülnek majd közlésre, egyelőre kongresszuson beszélnek róluk, még folyamatban vannak a katamnesztikus vizsgálatok. Nagyon nehéz ugyanis kiszűrni a különböző zavaró tényezőket, pl. az angliai öngyilkossági gyakoriság csökkenését számos szak-

ember nem a samaritánusok jó munkájával vagy más megelőzési, illetve kezelési módszer hatékonyságával magyarázza (mint pl. egyes szakemberek a gyakorló orvosok nagyobb szuicidológiai képzettségét, aktivitását, a depresszió felismerésének és kezelésének jobb képességét említették okként), hanem azzal a ténnyel, hogy ebben az időben állították át az angliai gázellátást széngázzal földgázra, amely kevésbé mérgező, és ezzel megakadályozták az angolok legkedveltebb öngyilkossági módszerének, a gázmérgezésnek az alkalmazását. A gáz speciális szerepét azóta több vizsgálat is igazolta, még mindig nagyobb a gázmérgezések aránya az angol öngyilkosságokban, mint más országokban.

Egy elv azonban az említett különféle adatokból, de különösen az öngyilkossági kísérletek veszélyeztetettségének adataiból világosan kitűnik. Ennek a mai öngyilkosság-megelőzésben és kutatásban komoly jelentősége van: *nem célszerű fenntartani az öngyilkossági kísérletek konceptuális elkülönítését az öngyilkosságoktól (amit a paraszucidium fogalma, Stengel felfogása és sok más szakember álláspontja implikál), helyesebb az öngyilkossági események minden válfaját egységes szemléleti keretben vizsgálni és terápiásan vagy megelőzési szempontból megközelíteni.*

Az öngyilkossággal kapcsolatos kutatások Magyarországon

Általános kérdések

Az öngyilkossággal kapcsolatban szakemberek és laikusok egyaránt gyakran teszik fel azt a kérdést, mi az oka, miért jött létre valamely ország, terület, társadalmi réteg vagy település adott öngyilkossági helyzete. Ez a kérdés tulajdonképpen logikus kiterjesztése annak a kérdésnek, amit az egyes öngyilkossági események során gyakran felteszünk: valaki *miért ölte meg magát* vagy miért kísérelte meg, hogy életének önkezelésével vessen véget.

Ugyanakkor ezekre a kérdésekre nagyon nehéz válaszolni. A nehézségekkel már az egyes esetekben is találkozunk. Gyakran van olyan egzisztenciális vagy élethelyzeti probléma, amely valakinek magyarázhatóvá teszi öngyilkosságát, néha erre még a hátrahagyott *búcsúlevél* is utal. Sokszor azonban beleélhető külső ok nem is mutatható ki, csak azt tudjuk, hogy az illető lehangolt, kedvetlen volt. Ilyen esetekben szoktunk „életuntságról” beszélni vagy betegséget emlegetni, esetleg a magány szerepét emeljük ki. Ha kicsit is elgondolkodunk, az ismert okú öngyilkosságok ugyanolyan problematikusak maradnak, mint az ismeretlenek. Ha el is fogadjuk, hogy valaki azért lett öngyilkos, mert elvesztette élettársát, csalódott, sikertelenné vált, igazában ez nem elegendő magyarázat, hiszen sokan mások járnak ugyanígy, anélkül, hogy el akarnák utána dobni életüket. A fő ok tehát valahol a *személyiségben* keresendő, amely élettörténeti megterhelésre, sorscsapásra ilyenfajta meneküléssel, önpusztítással reagál. Nem magyarázat az életuntság sem, hiszen ez lényegében csupán az öngyilkos cselekmény tényét írja le más kifejezéssel, és nem elegendő a betegség említése sem, hiszen sok betegnek – pl. depressziósoknak, szkizofrénnek stb. – eszébe sem jut, hogy megölje magát. Az okság magyarázatára bonyolult lélektani modelleket próbáltak egyes szakemberek kidolgozni (Ringel 1969, Henseler 1974, Wedler 1984 stb.), de távolról sem tekinthető ma még az öngyilkosság egyéni oksága tisztázottnak, ezért a magyarázat csupán mozzanatokat képes kiemelni e cselekmény *motivációs láncolatából*, illetve *folyamatrendszeréből*.

Társadalmi síkon még összetettebb a helyzet, hiszen sokféle egyéni oki determináció folyik össze. Vannak olyan szakértők, akik egyáltalán tagadják, hogy lehet társadalmi oki összefüggésekről beszélni (pl. Baechler 1975), ugyanis az öngyilkosságban annyira az egyéni reakció a döntő, és statisztikailag az esemény olyan ritka, hogy az egyes esetek túl nagy súllyal esnek a latba. Míg minden társadalmi szintű oki magyará-

zat a *gyakorisági viszonyok összehasonlításából* indul ki. A szakemberek többsége azonban nem tekinti véletlennek egy-egy szociális egység öngyilkossági viszonyait, hanem társadalmi meghatározottságot keres azokban.

A szociális okság mintaadó megfogalmazása Durkheim 1897-ben írt híres könyvében született meg, ő a gyakorisági viszonyok összehasonlító elemzéséből levezette, hogy az öngyilkosság aránya a *szociális integráció* mértékének – gyengülésének – kifejeződése. Úgy vélte, hogy az egyéni bajokban és konfliktusokban az egyes ember akkor öli meg magát nagyobb valószínűséggel, ha kötődése a többi emberhez és a társadalomhoz laza, illetve lazul. Ezért van az, hogy a magányosan élők gyakran lesznek öngyilkosok, illetve az elváltak gyakrabban, mint a házások, a gyermektelenek gyakrabban, mint a családosok. A társadalom bizonyos állapotai szabályszerűen együtt járnak az öngyilkossági gyakoriság emelkedésével, ezeket az állapotokat nevezte Durkheim *anómiás* állapotoknak. Ilyenkor – elmélete szerint – nagy embercsoportok társadalmi integrációja lazul meg, mert igénynívójuk, életcélrendszerük elszakad a társadalmi realitásoktól. Ilyen anómia áll elő gazdasági krízisek idején, amikor sok ember képtelen elfogadni a megromlott életszínvonalat és a beszűkült lehetőségeket, de még inkább anómia alakul ki a *hirtelen gazdasági-politikai felfordulás* időszakában, amikor az életperspektívák kitágulnak. Ilyenkor – mondja Durkheim – versengés keletkezik a társadalomban, és az önös, illetve partikuláris célok érdekében versengő emberek és csoportok eltávolodnak egymástól. Több lesz ezért a magára maradt, elhagyott, sikertelen ember. Mások sikerének látványa, tudata különösen kiemeli a saját sorsa negatívumát, és ez hozzájárul az életet tagadó elkeseredés eluralkodásához (Durkheim 1967).

Durkheim modellje az idők folyamán többször is átvértelmeződött, átfogalmazódott. Az amerikai Merton (1980) pl. egy leegyszerűsített képlet formájában (kibékíthetetlen ellentét a társadalmilag kívánatos vagy előírt célok és a hozzájuk vezető legitim eszközök, utak között) valamennyi *deviáns* magatartásfajtára, *társadalmi beilleszkedési zavarra* vonatkoztatta. Ez sok vitát is kiváltott (Clinard 1964 stb.). Különösen *társadalomlélektani*, illetve mélypszichológiai, valamint kulturális-antropológiai szempontokkal egészítették ki a modellt. Még így sem elegendő azonban arra, hogy valamely szociális egység öngyilkossági helyzetét megmagyarázza, hiszen pl. az anómiás állapotok általában nem egy társadalmat érintenek, hanem egy-egy nagyobb földrajzi területet, vagy más szempontból egy-egy országon belül meghatározott részeket és rétegeket, és mégis csak egyes országokban vagy egyes tartományokban válik az öngyilkosság számottevően gyakoribbá. A gyakorisági viszonyok alapján történő összehasonlítás nagyon sok *módszertani nehézséggel* küzd, pl. nem ugyanolyan módon osztályozzák a haláleseteket a különböző országokban, és nem ugyanúgy határozzák meg, mely haláleset számít öngyilkosságnak (néha ezt nem könnyű megállapítani), így a gyakorisági viszonyok mesterségesen is különbözőek lehetnek (Buda-Füredi 1986).

Így azután egyetlen országról vagy kulturális egységről, települetről sem rendelkezünk világos képpel az öngyilkosság okait illetően. Ha tehát valaki társadalmi síkon teszi fel a „miért” kérdést, csak közelítő, valószínűsítő és egymás-

sal belső összefüggésben kevésbé álló válaszokat tudunk adni a rendelkezésünkre álló kutatások alapján. Számos terület öngyilkossági viszonyait sokan vizsgálták, mégsem látunk tisztán azokban. Így pl. sokat elemezték a japán öngyilkosságot, amelyben a szamuráj kulturális hagyomány szerepe látszott nagyra, ám nem értjük eléggé, miért változott meg az öngyilkossági helyzet olyan erőteljesen a második világháború után, és miért nem hat ki öngyilkosságnövelően a japán társadalomban végbemenő gyors társadalmi változás. Csak valószínűsíteni tudjuk, hogy a változás nem hozott anómiás dezintegrációt az emberi kapcsolatok, a szociálpszichológiai kötelékek síkján, vagy pedig azt a magyarázatot húzhatjuk alá, hogy a mai japán társadalomban megváltozott az öregekhez – az öngyilkosság szempontjából legveszélyeztetettebb réteghez – a viszony, a mai japán társadalomban az öregeket különlegesen tisztelik és védik (Giddens 1971; Védrette, Quéhard-Weber 1982 stb.). Ugyancsak sokat kutatták a *skandináv országok* öngyilkossági helyzetét, itt Norvégia kitűnik alacsony öngyilkossági arányszámával, míg a három környező skandináv országban az öngyilkosság gyakorisága magas. Bár sokféle kísérlet történt az értelmezésre, az okokat ma sem tudjuk kielégítő részletességgel és pontossággal (Hendin 1964; Juel-Nielsen 1981 stb.). Hasonlóképpen csak közelítő képet alkothatunk az amerikai öngyilkossági helyzetről (Hendin 1982) vagy a nagyon sokat vizsgált angol helyzetről (Sainsbury 1973; Kreitman 1977; Kennedy 1986 stb.). Mindenesetre bármely iparilag fejlett és civilizált ország példáját vesszük, az öngyilkosságra vonatkozó vizsgálatok legalább száz évre nyúlnak vissza, a szakirodalom szinte áttekinthetetlenül nagy, a „miért” kérdésére a közelítő részválaszok csokrát lehet összeszedni a meglevő adatokból. Ami még lényegesebb, hosszú története van az öngyilkosság-megelőző próbálkozásoknak, a legtöbb országban kiterjedt erőfeszítések folynak az öngyilkossági események intézményes visszaszorítására.

A magyar öngyilkossági helyzet

Az utóbbi kb. másfél évszázadban az *öngyilkosság gyakorisága Magyarországon mindig magas volt*, és általában a legmagasabb gyakoriságú államok között emlegették. A trianoni Magyarországra ez különösen vonatkozott, az első világháború utáni években nemcsak sok öngyilkosság történt, hanem a harmincas évekre az öngyilkosságok gyakorisága jelentősen meg is nőtt. 1931 és 1935 között, amikor ez a gyakoriság a legmagasabb volt, évi átlagban az *öngyilkossági arányszám* (a 100.000 lakosra jutó öngyilkosságok száma, amelyet országok, illetve sokaságok gyakorisági viszonyainak összehasonlító

kifejezésére használnak) 32,9 volt. A második világháború után az öngyilkosságok gyakorisága csökkent, de nemzetközi átlagban még mindig meglehetősen magas maradt. A legkisebb gyakoriságot 1954-ben találhatjuk (17,7), 1957-től az arányszám 20 fölé került, és ettől kezdve folyamatosan emelkedik. Az emelkedés nagyjából egyenletes. 1967-ben már 30 fölé nő 1970-re pedig megközelíti a 35-öt. Mint ismeretes, az emelkedés azóta is tart, és napjainkban az öngyilkossági arányszám már 45 fölé emelkedett, várhatóan a következő években eléri az 50-et. A világon csak néhány olyan ország van, amelynek arányszáma több, mint 30, a 35-öt pedig egyetlen ország arányszáma sem haladja meg, amely a nemzetközi statisztikák számára adatokat szolgáltat. Kutatási adatokból tudjuk, hogy néhány csendes-óceáni szigeten – pl. Tikopia – magas, a 60 fölé emelkedő az öngyilkossági gyakoriság, és a vizsgálatok szerint Grönland szigetén is 80 felett van az arányszám (Giddens 1971).

Az öngyilkosságok ilyen szembetűnő jelenléte ellenére egészen a hetvenes évekig alig történtek utalások Magyarországon. A felszabadulás előtt a kutatások hiányát valószínűleg a társadalomtudományok és a lélektan fejletlensége magyarázta. A hatvanas évek elejéig e téren lényegében konzerválódtak a felszabadulás előtti állapotok, hiszen az ötvenes években még a szociológia és a pszichológia tudományos létjogosultságát sem fogadták el. E tudományok fejlődése csak a hatvanas évek közepétől indult meg igazán, a pszichológia némileg megelőzte a szociológiát (már 1959-től kezdve rendszeresen jelent meg pl. pszichológiai irodalom), de kezdetben még más aktuális témák foglalták le a kutatók figyelmét. Némi hivatalos bizonytalanság is akadályozta az öngyilkosság-kutatást, a gyakorisági adatokat nem hozták széles körű nyilvánosságra, nem szívesen beszéltek a szuicidiumról, talán azért sem, mert a nyugati ellenséges propaganda az öngyilkosság gyakoriságának emelkedését úgy állította be, mintha az a népesség reakciója lenne a szocialista államformára.

Lényegében csak a hetvenes évek közepére vált nyilvánvalóvá, hogy az öngyilkosság problémájának hazai oki összetevőit meg kellene ismernünk, hogy védekezni tudjunk ellene.

E körülményekre ekkor már számos tudományos és publicisztikai írás is felhívta a figyelmet. Különösen jelentős volt Gergely Mihály író Röpiratok az öngyilkosságról c. műve, amelynek fejezetei 1969-ben a Kortárs című folyóiratban jelentek meg, majd 1972-ben kötetként látott napvilágot. Ezek az írások leleplezték az öngyilkosság-megelőzés és az öngyilkossági kísérlet utáni orvosi és pszichológiai ellátás elégtelenségét, és helytelenítették a probléma körül kialakult hivatalos titkolódzást. Más írók és újságírók mellett ekkor már

szakemberek is hallatták szavukat. A hatvanas évek végétől Szabó Pál debreceni pszichiáter úttörő kezdeményezésére megindult az első – már világszerte hasznos eszköznek bizonyult – *telefonos lelkisegély-szolgálat* szervezése, amely 1971-től kezdve működött rendszeresen. A hetvenes évek elején Budapesten, majd 1975-től Pécsen kezdte meg munkáját hasonló szolgálat. 1971-ben orvosok és pszichológusok jelentős csoportja gyűlt össze Hajdúszoboszlón, sürgetve az öngyilkosság-veszélyes, illetve öngyilkossági kísérleten átesett betegek korszerűbb kezelését és a témával kapcsolatos kutatások fejlesztését.

Az öngyilkosság tudományos és társadalmi megközelítését jelentősen megnehezítette a már említett körülmény, hogy a hivatalos felfogás kényelmetlen, sőt időnként tiltott témaként kezelte az önkezü halál kérdését. Nehezen voltak hozzáférhetők az öngyilkossággal kapcsolatos statisztikai adatok, ugyanakkor a Központi Statisztikai Hivatal folyamatosan és következetesen megküldte adatait az Egészségügyi Világszervezetnek, ellentétben néhány más országgal, amely beszüntette az adatközlést, amikor az öngyilkosságok gyakoriságának növekedését észlelte.

A hatvanas években már elkezdődtek bizonyos kutatások is az öngyilkosságra vonatkozóan, amelyek a hetvenes évekre már eredményeket hoztak. A teljesség igénye nélkül, kisebb jelentőségű vizsgálatokat figyelmen kívül hagyva négy fő kutatási kezdeményezés érdemel említést ebből a korszakból.

Az 1960-as évek fontosabb kutatásai

1. *A Központi Statisztikai Hivatal keretében folyó vizsgálatok.* Itt elsősorban Cseh-Szombathy László munkássága érdemel említést. Mát a hatvanas években kezdődtek vizsgálatai, ezek közül kiemelkedett 100, halállal végződő öngyilkosság utóvizsgálata a hozzátartozók kikérdezése alapján (Cseh-Szombathy 1963). Nagy szerepe volt abban, hogy korszerű szuicidológiai ismeretek terjedtek el a magyar nyelvű szakirodalomban. Nemcsak kiadta magyar nyelven Durkheim említett könyvét az öngyilkosságról, hanem a könyv előszavában összefoglalta az öngyilkosság szociológiai kutatásának állását. Vizsgálatai során a személyközi konfliktus, az izoláció és az alkoholizmus oki tényezőire mutatott rá, és munkatársaival több közleményben tárták fel a magyar öngyilkossági gyakoriság *területi különbségeit*. Munkásságuk nyomán ma már közzismert, hogy az ország déli-délkeleti részében az öngyilkosság átlagosan két-két és félszer gyakoribb, mint a nyugati megyékben (Andorka, Cseh-Szombathy, Vavró 1968; Jobb 1973). Ez a szabályszerűség, amely jellemben történelmileg is kimutatható az országban (és amelyhez hasonló meg-

oszlási mintázat más országokban is megtalálható, pl. Franciaországban), a szociológiai értelemben vett *kultúra* szerepét bizonyítja az öngyilkosságban. Ez azt jelenti, hogy az adott terület szokásrendszere, viselkedésnormái, attitűdjei, értékviszonyai kedveznek vagy ellenállnak az öngyilkossági késztetéseknél, illetve különböző mértékben idézik elő azokat az élethelyzeteket, amelyekben az öngyilkossági késztetés felerősödhet. Az öngyilkosságban tapasztalható területi gyakorisági különbségek tehát érdekes társadalomtudományi kutatási problematikát tükröznek. A Központi Statisztikai Hivatalban kezdeményezett kutatások kimutatták, hogy *a nagy öngyilkossági gyakoriságú megyékben nagyon sok az alkoholista*, sok az olyan betegség, amely alkoholfüggés következménye (pl. májzsugor, delirium tremens). Hangsúlyt kapott tehát az alkoholizmus tényezője, ezt az is aláhúzta, hogy az alkoholisták vizsgálata során is kitűnt, hogy sok volt körükben az öngyilkossági kísérlet, és magas az öngyilkossági halálozás (Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1972).

2. *Az Orvostovábbképző* Intézet Egészségügyi Szervezési Tanszékének vizsgálata. Kádár Tibor professzor és Cselkó László vezetésével a hatvanas évek végétől főleg öngyilkossági kísérleten átesettek nagyobb csoportjait vizsgálták. E munka nagy érdeme, hogy az öngyilkossági kísérletek számos szabályszerűségét írták le. Megállapították pl. a hónapok, napok és napszakok szerinti gyakoriságot, az elkövetés helyét és módját, a kapott orvosi ellátás jellegét stb. Kérdőíves és interjú vizsgálatok segítségével összegyűjtötték azokat az oki tényezőket, amelyeket az öngyilkosságot megkíséreltek megneveztek. Egyik kutatásuk során 500 eset elemzéséből megállapították, hogy közel 50%-ban *családi, párkapcsolati konfliktus* volt az öngyilkossági kísérlet ki-robbantója, míg 11,4%-ban betegséget adtak meg oknak a megkérdezettek. Ugyanebben az adatfelvételben megállapítható volt, hogy *az öngyilkossági kísérletek 31,2%-a már nem első* eset volt, ezen belül 19,2% volt a második kísérlet, 12%-ban pedig már kettőnél többször is történt kísérlet az élet önke-zű kioltására. Jelentős adat, hogy az érintettek 24,4%-a az öngyilkossági cse-lekmény előtt egyértelműen jelzést adott szándékáról és próbált segítséget kérni a környezettől. Csaknem 50%-ban pedig az öngyilkosságra készülőök nem is igyekeztek különösebben rejtteni, a felfedezés elől leplezni szándéku-kat (Kádár, Cselkó 1973). Az adatok azért fontosak, mert mutatják, hogy az öngyilkosságban egyik tényező lehet a *társadalmi közöny* is, hiszen az öngyl-kosságra készülő gyakran hiába kér segítséget, hiába ad jelzést arról, hogy életét eldobni készül, nem akadályozzák meg tettét, nem segítenek neki. Erre a tényezőre a nemzetközi öngyilkosság-kutatásban különösen figyelnek, mert ebben a társadalmi szolidaritás és integráció, illetve a kölcsönös társadalmi tá-

mogatás és segítség állapota tükröződik. Bizonyos fokig az interperszonális segítség elmaradása is anómiás jelenség. Nagy az érdeklődés a szándék előrejelzése iránt is, ez az ún. „cry for help” (segélykiáltás) jelentés egyes vizsgálók szerint az öngyilkossági cselekmények (halállal végződők és kísérletek) kb. 80%-ában mutathatók ki. Vannak kutatók, akik szerint az öngyilkossági folyamatra gyakorlatilag mindig jellemző egy olyan szakasz, amelyben az életben maradás motivációi küzdenek az öngyilkossági késztetésekkel. Ez a jelzés az öngyilkosság elleni belső tiltakozás jele, mert a személyiség megpróbál ismerősei, szerettei körében segítséget kapni az életben maradáshoz. A szándék jelzése az öngyilkosság-megelőzés értékes lehetőségét rejti magában. Voltaképpen e jelzésre, a benne levő jelképes segélykiáltás felfogására és felerősítésére épül a telefonos lelkesegély-szolgálatok munkája. E szolgálatokat néha olyanok is felhívják, akiknek már nincs idejük arra, hogy közvetlenül forduljanak valakihez (sokszor azért, mert jelzésükre környezetükben senki sem figyelt fel).

3. *Böszörményi Ede történeti vizsgálatai.* Böszörményi Ede hódmezővásárhelyi református lelkész városa és a környező települések anyakönyvi adatait dolgozta fel. Az adatokból igen érdekes összefüggések bontakoznak ki. Az öngyilkosságok ezen a vidéken az 1800-as évek első évtizedeiben kezdenek szaporodni, lényegében ettől a korszaktól kezdve tekinthető az öngyilkosság jelentős problémának a dél-alföldi térségben. Megnőtt az öngyilkosságok gyakorisága a múlt század hatvanas-hetvenes éveiben is, ez a korai kapitalizálódás időszaka volt, majd újabb növekedés következett a századforduló idején, még később pedig a már említett korszakban, a harmincas években, a gazdasági válság idején. Napjainkban ilyen módon mintegy az öngyilkosságok kiugró szaporodásának negyedik korszakát éljük. Böszörményi Ede adataiból kiviláglik, hogy a protestáns lakosság körében nálunk is jelentősen nagyobb az öngyilkossági halálozás, mint a katolikusok körében, azonban a gyakoriság növekedése ott is jelentkezik azokban a korszakokban, amikor az öngyilkossági arányszám rohamosan növekedni kezd (Böszörményi 1976). Böszörményi feldolgozta a korabeli helyi sajtót, a helytörténeti kiadványokat és forrásmunkákat is, és igyekezett az öngyilkossági gyakoriság változásait összefüggésbe állítani gazdasági és politikai eseményekkel. Leírásai különlegesen érdekesek és adatgazdagok, részletességük miatt további búvárkodásra és másodelemzésekre is ígérnek lehetőséget.

4. *A KSH Demográfiai Kutató Intézete és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézete által végzett kutatások.* Az Igazságügyi Orvostani Intézetben minden öngyilkosság miatt meghalt embert tör-

vényszéki szempontból felboncolnak. Így az intézetben gyakorlatilag minden budapesti öngyilkossági haláleset vizsgálatra kerül. Már a hatvanas évek közepén felismerték az intézet szakemberei, hogy e körülményben különleges kutatási lehetőségek rejlenek. Előbb az öngyilkosság elkövetésének módozatait dolgozták fel, majd gyakorisági számításokat végeztek. Ezek kapcsán kimutatták, hogy Budapesten valójában több öngyilkosságot követnek el, mint azt az állandó lakóhely szerint nyilvántartott statisztikai adatok mutatják. Sokan ugyanis Budapesten követik el tettüket, noha máshol élnek (Szuchovszky, Kenyeres, Harsányi 1973).

Az intézet jelentős kutatása volt az 1972-ben elkövetett 853 budapesti öngyilkossági haláleset feldolgozása, melynek során a hozzátartozóktól is igyekeztek információkat szerezni, valamint összegyűjtöttek minden elérhető adatot az öngyilkosság körülményeiről is (Harsányi és munkatársai 1976).

Már az esetek nem szerinti összetétele is meglepő, hiszen 441 férfi és 412 nő volt a mintában. Világszerte általában az öngyilkosok egynegyede-egyötöde nő. A magyar statisztikában korábban 3:1 volt a férfi-nő arány, ami a második világháború után fokozatosan csökkent, ma kb. az öngyilkosok 40%-a nő. Az öngyilkossági gyakoriság általános emelkedésében tehát jelentős része van annak, hogy a nők öngyilkossági gyakorisága folyamatosan és gyakorlatilag minden korosztályban emelkedik. Ez nagyon figyelemre méltó adat, mert mutatja, hogy a nők társadalmi helyzete mindinkább hasonlít gondok és krízisek tekintetében a férfiakéhoz. Nem véletlen, hogy Budapesten a legnagyobb a nők öngyilkossági arányszáma, hiszen a női emancipáció itt a legnagyobb mértékű, önállóságuk és ezért pszichés sérülékenységük a legnagyobb.

Meglepő adat az is, hogy a 853 ember közül 669 megelőzően gyógykezelésben részesült. 562 ember az öngyilkosság időpontjában is orvosi kezelés alatt állott, közülük 225 (tehát kb. 40%-uk) *ideg- és elmeorvosi kezelésben*. 24 eset kórházban következett be. Ez az adatsor azért jelentős, mert mutatja, hogy az öngyilkosokkal leggyakrabban és a leginkább szabályszerű módon az egészségügyi szolgálat dolgozói, és közülük is leginkább az *orvosok* találkoznak. Nekik lenne tehát a legtöbb lehetőségük arra, hogy az öngyilkosságot megelőzzék. Mai ismereteink szerint a megelőzésnek megvannak a megfelelő kilátásai, az esetek jelentős részében a szakszerű és gondos orvosi segítségnek, ellátásnak része lehet az öngyilkosságveszély felismerése és pszichológiai kezelése is.

A budapesti öngyilkosok 1972. évi vizsgálata – amely „Budapest-vizsgálat” néven vonult be a szakirodalomba – nagyon fontos érv mellett, hogy az

öngyilkosság-megelőzés intézményeit és szervezeteit mégiscsak az egészségügyi ellátási rendszeren belül kellene kialakítani.

Egészségügyi szakemberek gyakran hivatkoznak arra, hogy az öngyilkosság össztársadalmi kérdés, tehát nem hárítható át a megelőzés feladata csupán az egészségügyre. Ez talán igaz, ha az *elsődleges* megelőzést vesszük, de bizonyosan nem igaz, ha a *másodlagos* vagy a *harmadlagos megelőzés* szempontjából nézzük a kérdést. Ezt úgy is meg lehet fogalmazni, hogy az igaz, hogy az öngyilkosságot determináló vagy elősegítő személyiségkárosodások, lelki fejlődési torzulások, emberközi konfliktusok és megghiúsulások a társadalomban érik az embereket, azonban a krízisben lévő, az öngyilkosságot fontolgató ember az egészségügyben próbál segítséget keresni, az öngyilkossági kísérlet után is az egészségügynek kell az ön-, az egészségkárosítás következményeit gyógyítani. Az orvos van abban a helyzetben, hogy az öngyilkossági kísérletet rendellenesnek, problematikusnak, viselkedészavarnak minősítse, és a beteget az ilyenfajta zavarok ellátási hálózatába, az *elmeegészségügybe* irányítsa.

Napjainkban hazánkban kb. 5000 ember öli meg magát évente, ezek közül kb. 3500 hatvanévesnél fiatalabb és fizikailag egészséges, munkaképes (Szigeti 1979), és az *öngyilkossági kísérletek száma* – e téren nincs pontos és megbízható adatszolgáltatás (a hatvanas évek közepéig volt statisztikai jelentési kötelezettség, de akkor megszűnt) – *évente 20.000-40.000-re tehető*. E megbetegedési és halálozási aránynál kisebb közegészségügyi súlyú betegségekkel is sokkal nagyobb költségráfordítással, gyakran kiemelt országos programok formájában foglalkoznak (Buda 1984).

A budapesti vizsgálat különös alaposággal tanulmányozta az öngyilkosság *biológiai* kísérő jelenségeit, amelyeknek az orvosi gondolkodás általában oki szerepet tulajdonít. Így pl. a kutatók kiemelték, hogy az öngyilkos nők 24,4%-a éppen menstruált, amikor tettét elkövette. Az öngyilkosok 50%-ában megtalálták az érlemeszesedés jeleit. Ezeket az adatokat sok kutató másként értelmezi vagy nem teljesen fogadja el, mivel érlemeszesedésre utaló körbonctani elváltozások az idősödő lakosságban nagyon gyakran fordulnak elő.

Számottevő adat még a vizsgálatból, hogy *Budapesten* főleg a gyógyszer (altatószer) vezet az öngyilkossági módszerek között, csaknem 300 ember ölte meg így magát, míg az *önakasztás*, a hagyományosan leggyakoribb magyar módszer 200 esetben fordult elő. Aránylag gyakori a *világítógáz-mérgezés* (149 eset) és a *magas helyről történő leugrás* (73 eset).

A hetvenes évek fejleményei az öngyilkosság-megelőzés területén

A hetvenes évek közepére az öngyilkosságról már számottevő magyar nyelvű szakirodalom jelent meg, az értelmiségi köztudat már felismerte, hogy sajátos társadalmi gondról van szó, amely megelőzést sürget. Az egészségügyön belül is felerősödtek azok a hangok, amelyek az öngyilkosság-veszélyes betegek jobb ellátását és az öngyilkosság elleni aktívabb küzdelmet kívánták.

Bizonyos megelőzési és ellátási próbálkozások el is kezdődtek. Mint már említettük, a debreceni és a budapesti *lelki elsősegélyt* nyújtó telefonszolgálatok mellett 1975-ben megindult a pécsi telefonszolgálat is (akkor Kézdi Balázs vezetésével), amely mindmáig a legkorszerűbben, tudományos alapos-sággal működik, s ma is az öngyilkosság-megelőzési kutatások egyik bázisa. A hetvenes évek végén Győrben és Szegeden, majd Hatvanban, Miskolcon, Szombathelyen, Kecskeméten, Szolnokon stb. szerveződött telefonszolgálat. Egyes *kórházi osztályok* (pl. a miskolci megyei kórház) vagy *gondozóintézetek* (pl. a Pécsen működő Baranya Megyei Ideggondozó Intézet) különös alapos-sággal foglalkoztak öngyilkosság-veszélyes állapotok kezelésével és kutatásával. Jelentős centrumnak számít a pécsi 3. sz. Katonai Kórház ideg-elme osztálya és a Szegedi Orvostudományi Egyetem ideg-elme klinikája, és ilyen centrumnak volt tekinthető a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinikája is.

Megkezdődött az öngyilkosságok *biológiai pszichiátriai* kutatása is. Ez részben a *depressziókutatás* keretében folyik (az öngyilkosság hátterében ugyanis nagyon gyakori a depresszió, amit a biológiai pszichiátria örökletes hátterű, a központi idegrendszer anyagcserezavara miatt kialakuló betegségnek tart), részben speciális agyi elváltozásokat, elsősorban neurotranszmitter (idegingerátív) anyagok anyagcseretermékeiben tükröződő eltéréseket keresnek az öngyilkosok szervezetében. A hetvenes évek közepén svéd kutatók egy anyagcsereterméket, az *5-hydroxy-alanynsavat* (5-HIAA) jellegzetesen csökkent mennyiségben találták az öngyilkosok gerincvelő-folyadékában. Azóta ez a kutatási irány egyre inkább fejlődik, és a közvéleményben is széles körben elterjedt, hogy rábukkantak az öngyilkosság „biológiai kórokára”. Ilyen vizsgálatok hazánkban is intenzíven folynak (Bánki 1983; Bánki és munkatársai 1984 stb.).

A biológiai kutatások körül viták is kibontakoznak, ugyanis az öngyilkosság szociológiai és pszichológiai kutatását egyes, biológiai felfogású szakemberek sürgősen szükségesnek tartják, úgy vélik, hogy a szuicidium mögötti pszichiátriai betegségeket és neuroendokrinológiai jellegű zavarokat kellene inkább kutatni.

A társadalmi beilleszkedési zavarok komplex elemzése című főirány eredményei

A hetvenes évek közepén határozott igénnyé változott az *öngyilkosság korszerű* kutatása hazánkban, mégpedig kiemelt *célprogram* formájában. Mivel a korábbi adatokból már kitűnt, hogy az öngyilkosság összefügg az elmebetegségekkel és más viselkedési zavarokkal, így az igény eleve úgy fogalmazódott meg, hogy az öngyilkosságot nem csupán önmagában, hanem más problematikusnak, deviánsnak tartott *társadalmi beilleszkedési zavarnak* tekinthető magatartásformákkal – elsősorban az alkoholizmussal és a nem-organikus pszichiátriai megbetegedésekkel – együtt kell kutatni. Az ilyen viselkedésformák szociológiai és személyiséglélektani rokonsága már széles körben ismertté vált. A deviáns viselkedés szociológiája elnevezésű társadalomtudományi kutatási ágazat irodalmi összefoglalói nyomán (Andorka, Buda, Cseh-Szombathy 1974).

A társadalmi beilleszkedési zavarok reflektorfénybe állítását az *alkoholfogyasztás és az alkoholizmus* növekedése, illetve szaporodása is elősegítette, amelyre ismert szakemberek hívták fel a mérvadó közvélemény figyelmét már a hetvenes évek elején (e téren Levendel László, Simek Zsófia és Fekete János nevét kell megemlíteni). Mindenesetre nem túlzás azt állítani, hogy elsősorban az öngyilkosság iránt feltámadó és növekvő érdeklődés és az öngyilkosságügy elhanyagoltságának feltárása volt az, ami a kormányzatot a Társadalmi beilleszkedési zavarok komplex elemzése elnevezésű főirány létrehozására ösztönözte. A főirány a Társadalomtudományi Koordinációs Bizottságtól jelentős pénzügyi támogatást kapott, munkálataiba bevonták mindazokat a szakembereket, akik valamilyen deviáns viselkedésforma kutatásával foglalkoztak, és további kutatásokat is kívántak végezni. A program előbb a Központi Statisztikai Hivatal, majd a nyolcvanas évektől az MTA Pszichológiai Intézete keretében, Pataki Ferenc irányításával folyt.

Az elméleti-szakértői összefoglalást végző munkacsoport 1984-re jelentést fogalmazott meg, amely a társadalmi beilleszkedési zavarokkal foglalkozó kormánysszervek és hivatalok számára vált először hozzáférhetővé, majd 1986-ban megjelent könyv alakban a Kossuth Könyvkiadó gondozásában.

Ebben az anyagban az öngyilkosság kérdése kiemelt figyelmet kapott, mint az egyik olyan problématerület, amelynek megoldását – konkrét javaslatok formájában – a szakemberek leginkább sürgették (Pataki 1986). Igen nagy jelentőségű, hogy a megoldási javaslatok a fiatalkori személyiségzavarok és az alkoholizmus, illetve a pszichiátriai betegségekhez vezető szocializációs zavarok megelőzésének (annak elsődleges, másodlagos és harmadlagos értel-

mében) intézkedési tervén belül, azzal szerves összefüggésben fogalmazódtak meg. A konkrét eredményes kutatások bonyolítása javarészt Ozsváth Károly professzor érdeme.

Már ez az elméleti összefoglaló anyag is megállapította, hogy a magyarországi öngyilkossági gyakoriságban szerepet játszik, hogy a magyar kulturális hagyomány nagyon elfogadó az öngyilkossággal szemben. A krízisek, konfliktusok nyomán öngyilkosságot elkövető embert a környezet „megérti”, tetőt helyesli, és ezzel hozzájárul ahhoz, hogy az öngyilkossági esemény *modell, minta* legyen mások számára (lásd e kötetben: Ozsváth, Kóczán: Az öngyilkossággal szembeni beállítódás vizsgálata és befolyásolhatósága).

Az öngyilkossággal foglalkozó vizsgálatok mind hangsúlyozták – bár nem a közvetlen és célzott módon szerzett empirikus adatokból, hanem a kutatásokból szerzett másodlagos tapasztalatok alapján –, hogy *az öngyilkossági cselekmények mintája a családban és a közösségben azonosulást vált ki, utánzásra serkent*. Különösen a családban történt öngyilkosságnak van szuggesztív ereje, és ez sokban hozzájárul, hogy a családtagok később veszélyeztetebbek lesznek az öngyilkosság szempontjából. Az öngyilkosságok családi halmozódását találták és emelték ki legjelentősebb kockázati tényezőnek budapesti (Huszár, Kopp 1985), továbbá Csongrád megyei kutatások is (Temesváry 1986). Huszár és Kopp adatai szerint pl. „Az öngyilkossági kísérletek aránya mindkét (orvosi) körzetben szoros, szignifikáns kapcsolatot mutat azzal, hogy *a családban fordult-e elő* végzetes öngyilkosság. Az öngyilkosságot megkísérlők családjában 33%-ban fordult elő öngyilkosság, az öngyilkosságot nem kísérlők családjában 7,1%-ban.” A szerzők a következő konklúzióra jutnak: „Akár szocializációs mintákkal, akár esetleges genetikai tényezőkkel magyarázható ez az összefüggés, az öngyilkosságot megkísérlők 33%-a, tehát egyharmada származik olyan családból, ahol végzetes öngyilkosság történt!” (Huszár, Kopp 1985) A nemzetközi szakirodalom alapján valószínűsíthető, hogy nem genetikai tényezők játszanak szerepet.

A kutatások minden esetben hasonló állandósággal húzták alá az *alkoholizmus* és a mértéktelen alkoholfogyasztás oki jelentőségét az öngyilkosságban. Bár ez a korábbi adatokból és vizsgálatokból is kiviláglott, a Társadalmi Beilleszkedési zavarok főirány (komplex) vizsgálata is kimutatta ezt. Különösen a szegedi kutatók szolgáltatottak erre értékes és új adatokat. Temesváry és munkatársai elkészítették Csongrád megye öngyilkossági térképét, és ezt összehasonlították olyan térképpel, amelyre a beszállított alkoholisták és delíriumban szenvedők lakóhelyre vonatkoztatott számát vitték fel. *Az öngyilkosságok és az alkoholizmus gyakorisági viszonyai a megye területén nagyjából azonos*

megoszlást mutattak. Még jobban mutatta az alkoholizmus és az öngyilkosság kapcsolatát, hogy az öngyilkossági gyakoriság *növekedése* is párhuzamos volt az alkoholisták és deliránsok számának növekedésével. Ki lehetett mutatni összefüggést az öngyilkossági kísérletek gyakorisága és az alkoholizmus gyakoriságára utaló tényezők között is (Temesváry, Szilárd 1985).

Az alkoholizmus oki tényezőjét, a miatta kialakult *családi dezorganizációt* és a családban előfordult öngyilkossági cselekmények mintahatását találta Farkasinszky és munkacsoportja is a szegedi ifjúsági ideggondozó beteganyagában, a gyermek- és serdülőkori öngyilkosságokat vizsgálva (Farkasinszky 1985, kézirat).

A személyiségzavar súlyosabb formái, a *funkcionális pszichózisok* is nagyon gyakran járnak együtt öngyilkossággal és öngyilkossági kísérlettel. Ezt a budapesti pszichiátriai klinika irányításával folyó követéses vizsgálatok is mutatják. Nagyon magas az öngyilkossági halálozás a *krónikus elmebetegek* (szkizofrének) között, mint ezt Szilágyi András és munkatársai megállapították (1985, kutatási jelentés, kézirat). Mind a budapesti, mind pedig a szegedi klinika munkacsoportja gyakran talált *depressziót* az öngyilkossági kísérletek mögött, és sok a depressziós az öngyilkosság miatt meghaltak között is. A nemzetközi irodalom szerint a klinikailag depressziósnak tekinthető betegek 5-15%-a öngyilkosságban hal meg.

A Csongrád megyei vizsgálatok felhívják a figyelmet a *települési viszonyok* szerepére. Az ország e nagy öngyilkosság-gyakoriságú területén nagy különbségek vannak a *város, a falu és a tanya* öngyilkossági gyakoriságában. Az 1981 és 1984 közötti időszakban Temesváry és munkatársai adatai szerint a városi öngyilkossági gyakoriság arányszám szerint 41 volt, a falusi 67, a tanyasi 90. A városi öngyilkosságokban 45% a nők részvételi aránya, míg a tanyasi öngyilkosságokban mindössze 20. Ismét kitűnik tehát, hogy a nők öngyilkossága a városokban magasabb (mint ezt a „Budapest-vizsgálat” is megállapította). Mind a csongrádi, mind pedig a Bács-Kiskun megyei vizsgálatok (Gubacsi-Matejka 1984, előadás a kecskeméti öngyilkossági anketon) hangsúlyozzák a tanyai lakosok *előregedését*, az életmód okozta *izoláció* hátrányos hatását, a veszélyeztetett emberek teljes magára maradását, a *családi viszályok* pszichés súlyának megnövekedését, továbbá a gyakori alkoholizmust.

A települési viszonyokból valószínűleg az is következik, hogy a személyiségzavarban, illetve pszichiátriai betegségben szenvedők később jutnak kezeléshez.

A Baranya megyei vizsgálatok (Ozsváth, Kóczán 1985) főleg az öngyilkossági cselekmények egészségügyi útjával foglalkoztak, az *egészségügyi el-*

látás körülményeire koncentráltak, de itt is felszínre kerültek értékes demográfiai és települési adatok is. Például az *öngyilkossági kísérletek súlyosbodó tendenciájára* hívják fel a figyelmet és arra, hogy *az öngyilkossági kísérleten átesettek között a későbbi öngyilkossági mortalitás* csaknem 15%. Érdekes módon más kutatócsoportok is hasonló mortalitási adatokat találtak, és eredményeik megegyeznek a külföldi adatokkal, amelyek ugyancsak 15% körül állapítják meg az öngyilkossági kísérletek későbbi öngyilkossági halálozását. Ez az adat azért nagyon fontos, mert egyértelműen bizonyítja, hogy *az öngyilkosságot megkísérlelőket* nagymértékben veszélyeztetettnek kell tekinteni a későbbi öngyilkosság szempontjából. *Igen fontos lenne tehát a kísérleten átesettek kezelése és gondozásba vétele, ez az öngyilkosság-megelőzés egyik legnyilvánvalóbb feladata.*

A Baranya megyei vizsgálatok azért is jelentősek, mert az öngyilkossági kísérletekről nem áll rendelkezésünkre pontos statisztika, ezért azt sem tudjuk, hogy ezek mekkora ellátási terhet jelentenek. Az Ozsváth és munkacsoportjának teljes körű felvétele a Baranya megyei esetekről, továbbá a Bács-Kiskun megyei felvétel kiszámíthatóvá teszi az öngyilkossági kísérletek számát a halállal végződő öngyilkosságok száma alapján, legalábbis lehetővé teszi, hogy valószínű számhoz jussunk esetleg más, nem vizsgált területeken is. Baranya megyében a tett-kísérlet aránya 1:5,9, vagyis egy öngyilkossági halálesetre kb. 6 kísérlet jut (a férfiak között 3,3, a nők körében 10,9 a szorzószám, amelynek alapján az öngyilkossági halálesetekből a kísérletek száma meghatározható).

Igen érdekes és aktuális, hogy a Baranya megyei vizsgálatok főleg az *ellátási viszonyokra* összpontosítottak. Az öngyilkosság-veszélyes állapotok és az öngyilkossági kísérletek ellátása ma nagyon rossznak mondható. Bár Pécsen már régóta komoly erőfeszítések történnek az ellátás javítására, és jelentős további fejlődés következett be a szigetvári kórház új pszichiátriai osztályának megnyitásával (Kézdi Balázs vezetésével), és ezen belül korszerű krisziszintervenciók részleg működésével, mégis ebben a megyében is csak az öngyilkossági kísérletek kis hányadát látja pszichiáter vagy orvos, hiányos az utókezelés, kevés a gondozásba vétel. Más megyékben, mint ezt Ozsváth és munkacsoportja megállapítja, a helyzet még rosszabb, gyakorlatilag sehol sincs megfelelő ellátási rendszer. Temesváry pl. azt találta, hogy az öngyilkosságot megkísérlelők körében a kórelőzményben nagyon gyakran szerepel olyan öngyilkossági kísérlet, amely nem került orvoshoz, és amiről az egészségügyi ellátási rendszerben nincs adat (Temesváry 1986).

A társadalmi beilleszkedési zavarok kutatása keretében folyó vizsgálatok tehát lényegében adatokkal támasztották alá azokat a nézeteket, amelyek szerint a hazai öngyilkossági helyzet egyik számottevő összetevője az öngyilkosságvesztély, az öngyilkossági kísérletek ellátásának elégtelensége. Ennek az ellátásnak a javíthatóságával esély volna az öngyilkossági gyakoriság jelenlegi növekedésének megállítására, esetleg megfordítására. Minden ésszerű megfontolás tehát az öngyilkosság-ellátás mielőbbi fejlesztése, vagyis a másodlagos és harmadlagos megelőzési erőfeszítések fokozása mellett szól, miként azt már a társadalmi beilleszkedési zavarok kutatásának helyzet-összefoglalója (Pataki 1986) is hangsúlyozta. Hogy ez lehetséges és kivitelezhető, azt jól példázza a budapesti Korányi Kórház, ahol a nyolcvanas évek elején krízisintervenciós osztály létesült, amelynek baleseti belgyógyászati osztálya látja el a fővárosi és a környéki, gyógyszerrel és vegyszerrel elkövetett öngyilkossági kísérletek túlnyomó részét. Ez az osztály még nem dolgozik optimális körülmények között, de fejlesztése folyamatban van. Máris hasznos munkát végez és értékes tanulságokat gyűjtött össze az öngyilkossági krízisek pszichológiai jelenségeivel és ezek befolyásolásának módszertanával kapcsolatosan (Csiszér, Füri 1985). Hasonló a szigetvári kórház tapasztalatanyaga is (Kézdi 1985), és hasonló következtetések vonhatók le az öngyilkosság-vesztélyes állapotok pszichoterápiájával végzett próbálkozásokból is (Süle 1985).

A tapasztalatokban hangsúlyt kap a *telefonszolgálatok* egyre növekvő szerepe, amelyek a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően *ambuláns krízisintervenciós munkát* is végeznek. A budapesti szolgálat eddig elsősorban közvetlenül lelki elsősegélyt nyújtott a súlyosabb krízisben levőknek, személyes behívás alapján, vagy megpróbálta őket a megfelelő szakellátás felé irányítani (Buzáné, Buza 1985). 1986-tól a Korányi Kórház krízisintervenciós osztálya éjjel-nappali ambulanciát is indított, ez nyilván a telefonszolgálat számára is megkönnyíti, hogy sürgős esetekben az érintetteket szakellátási kezelésbe irányítsák. A telefonszolgálatok szorosan együttműködnek a területi idegbeteg-gondozóval, a helyi kórház pszichiátriai vagy krízisosztályával. (Kecskemét, illetve Pécs a szigetvári kórházzal.) A területi illetékesség alapján megvalósított működés nagy előnye a telefonos munka és a közvetlen betegellátás adatainak azonos információs rendszerben történő nyilvántartása, és lehetővé válik a betegek kezelése, gondozása, esetleg kiszűrése a telefonos jelentkezés alapján.

Az ambuláns beavatkozási lehetőségek növelik a telefonos szolgálatok hatékonyságát, bár a tapasztalat azt is mutatja, hogy hazánkban az öngyilkossági krízis miatt telefonálók száma, valamint számaránya nagyobb az összes hívá-

sokban, mint más országokban, ezért a telefonszolgálatok önálló jelentősége is nagy. Ez a kedvezőtlen hazai telefonellátottságot figyelembe véve különösen feltűnő.

Különösen a pécsi telefonszolgálat munkájáról rendelkezünk részletes adatokkal. A szakemberek a kutatásaikban az öngyilkossági krízis pszicholingvisztikai, kommunikációs sajátosságait igyekeznek tisztázni. Az eddigi vizsgálatok szerint a vokális csatorna és a beszéd számos jellegzetes formát mutat akkor, ha valaki öngyilkossági krízis állapotában hívja a szolgálatot. E jelek támpontként használhatók fel arra, hogy a telefonszolgálat akkor is felismerje az öngyilkosságveszély jeleit, amikor a hívó még nem mondja meg a szándékát (Balikó 1984).

Említést érdemelnek Keleti Judit vizsgálatai is, aki esettanulmányok formájában elemzi a történelmi-társadalmi tényezők és az egyéni pszichodinamikai folyamatok összefüggését az öngyilkossági cselekmények során (Keleti 1985, 1986 – kéziratok kutatási jelentések). Harsányi László „Budapest-vizsgálatának” mintájára folytatja az öngyilkossági halálesetek vizsgálatát, valamennyi Baranya megyei esetre kiterjesztve. Nagyobb teret kap a hozzátartozók kikérdezése, de a fő vizsgálati probléma továbbra is az öngyilkosok biológiai állapota, amelyet a jelenlegi kutatási összefüggések az átlagnál rosszabbnak mondanak. E kutatások a Baranya megyei komplex öngyilkosság-vizsgálatok rendszerébe kerültek, s ez valószínűleg összetettebb elemzést tesz majd lehetővé.

A társadalmi beilleszkedési zavarok koordinált komplex programjának nagy érdeme, hogy más beilleszkedési zavarok vizsgálata során is érdeklődést keltett az öngyilkosság iránt. Így pl. az alkoholológiai és pszichiátriai vizsgálatok is kiemelték – mint erről volt is szó –, hogy *a krónikus alkoholisták és az idült pszichiátriai betegek öngyilkossági kísérleteinek száma nagy és öngyilkossági veszélyeztetettsége számottevő.*

A magyar öngyilkossági helyzet okai

Az öngyilkossággal kapcsolatos vizsgálatok és különösen a társadalmi beilleszkedési zavarok kutatásával kapcsolatos főirány nyomán valamivel részletesebb és megalapozottabb választ lehet adni az okokra vonatkozó kérdésre. A kutatásokból csak a már vázlatosan ismertett választörödékek és jelzések származnak, ezeket össze kell olvasztani a nemzetközi szakirodalom megállapításaival ahhoz, hogy összefüggő képet lehessen alkotni arról, miért is jött létre a magyarországi öngyilkossági helyzet, és melyek ennek alapvető folyamatai. Természetesen a kép nem teljes, inkább rekonstrukcióhoz vagy restau-

rációhoz hasonlatos, hiszen nyilvánvaló, hogy a meglevő adatok még nem elegendőek a teljes áttekintéshez, helyzetfelméréshez.

A nemzetközi adatokat tekintetbe véve a magyar öngyilkosságok okairól a következők mondhatók el:

1. Az országban igen erőteljesen hatott a *reformáció*, ennek nyomán *teljesítményorientáltság és individuáció* indult meg, kialakult és a nép széles rétegeiben elterjedt a Max Weber által találóan leírt „protestáns mentalitás” (Weber 1982), *protestáns etika*. Ez a 19. század elejére bontakozott ki, abban a korszakban, amikor az első statisztikai adatok, illetve Böszörményi Ede vizsgálatai az öngyilkosság nagyobb mérvű megjelenését mutatják. Ebben a korszakban az ország lakosságának nagyobb része katolikus, de *rekonvertált* katolikus. A „cuius regio, eius religio” elve (1555-ben az augsburgi békében elismert elv: az uralkodó vagy a földesúr szabja meg, hogy alattvalói milyen vallást követhetnek – akié az ország, annak a vallása [követendő]) alapján feltételezhető tehát, hogy a populáris kultúrát nem tudta áthatni a katolicizmus szelleme. Mindez kedvezett az öngyilkosság kulturális hagyománya kialakulásának.

2. Az öngyilkosságok *modellhatása*, utánzást keltő befolyása kifejlesztette a szuicidális kultúrát. Már a múlt században is megmutatkozott, hogy a magyar öngyilkosságban nagyon sok a mintakövető elem. Meghatározott társadalmi konfliktusok jellegzetes öngyilkossági formákat váltottak ki (cseléd-lányok „gyufaivása”, megesett falusi lányok kútba ugrása, a „Hídavatás” című Arany János vers öngyilkossági alakjai, az idős parasztemberek önkakasztása stb.). Valószínű, hogy az ország egyes vidékeinek különböző öngyilkossági arányszáma is a kialakult szuicidális kultúra megnyilvánulása.

3. Az öngyilkossági kultúrák létrejöttében valószínűleg szerepet játszik az a körülmény, hogy ha az agresszív viselkedésformák kontroll alatt állnak, akkor végső esetben szuicidális formában kerülhetnek felszínre. Magyarországon pl. az erőszakos bűncselekmények száma más európai országokkal összehasonlítva tradicionálisan alacsony arányú. Merton (1980) és más amerikai szociológusok felfogása szerint a visszafogott agresszió általában az ún. *visszavonuló devianciák* szaporodását vonja maga után.

4. A szuicidális kultúra része, hogy *a közvélemény elfogadó az öngyilkossággal szemben*, sőt „megértéssel”, helyesléssel fogadja. E helyeslés kifejezése része az öngyilkossági minta bevésődési, „szocializációs” folyamatának, hiszen ezt gyakorlatilag mindenki már gyermekkorában megtapasztalja. A magyar társadalomban az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek ugyanis olyan gyakoriak, hogy ezek közösségi értékelésével és értelmezésé-

vel személyiségfejlődése során mindenki találkozik. Valószínűleg az elfogadás tükröződik a hazai öngyilkossági statisztika pontosságában. Más országokban sok olyan folyamat érvényesül, amely a valódi öngyilkossági viszonyok leleplezésére irányul. Számos ország, amely hagyományosan magas öngyilkossági gyakoriságú, nem közli a nemzetközi nyilvánossággal adatait, noha ismert, hogy ez a szám most is magas. E körülmény feltehetően növeli a magyar öngyilkossági helyzet különlegességének látszatát, a valóságban azonban valószínűleg nem annyira páratlan a magyar öngyilkossági gyakoriság, mint az a mai statisztikákból látszik.

5. A magyar öngyilkosság fontos tényezője az igen elterjedt *alkoholizmus* és a magas alkoholfogyasztás. E két beilleszkedési zavar gyakoriságának növekedése általában párhuzamos. Az alkoholfogyasztás és az alkoholizmus kóros stresszoldó, problémamegoldó viselkedésmód, amely az emberi kapcsolatok dezintegrációjához vezet, az iszákos ember elszigetelődését eredményezi.

6. Az öngyilkosság- és ezzel együtt járó alkoholizmus-gyakoriságban nagy szerepe van annak, hogy a magyar kultúrában szegényesek az interperszonális (közösségi, vallási, rokonsági, munkaszervezeti stb.) segítési, támogatási szokások, kölcsönös védő mechanizmusok. A bajba jutottak támogatása helyett inkább a kirekesztés, a negatív megítélés a jellemző. Más országokban a segítési szokások és a segítő hálózatok fejlettebbek, jobban működnek.

7. Valószínűleg a magyar kultúra nem segíti kellően elő a személyiség zavartalan fejlődését és érését. Ennek oka lehet a kultúra mintaszegénysége az emberközi viszonyok terén, az érzelmi fejlődés gátlása, az önértékelés gyakori károsítása a családon belül, a pszichoszexuális fejlődés, a stressz- és feszültségfeldolgozás stb. elégtelensége vagy zavara. Emiatt a neurotikus és a pszichotikus személyiségzavar kialakulásának valószínűsége, különösen pedig a depresszió létrejöttének esélye nagyobb, mint a velünk összemérhető más országokban.

8. A magyar társadalom utóbbi kb. másfél évszázada a különösen *gyors társadalmi változások* időszakában volt. E változások során nagyfokú urbanizáció, szekularizáció (elvilágiasodás), szociális mobilitás következett be. *Minden gyors változási* időszaknak megfelelt az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek gyakoriságának növekedése. A harmincas évek öngyilkossági hullámának hátterében nem csupán a gazdasági válság, hanem a trianoni Magyarország jelentős menekültömege, megoldatlan kisebbségi problémája és feszítő társadalmi egyenlőtlensége is szerepet játszott. A második világháború után a társadalmi változások még gyorsabbak és nagyobb arányúak voltak. Az ország lakosságának több mint a fele változtatott lakóhelyet és életmódot

kb. másfél-egy évtizeden belül. Ez a változás a nyugat-európai országokban 100-150 éven át tartott. A nagyfokú társadalmi átalakulás markánsan anómiás jellegű volt, gazdasági kibontakozással és felemelkedéssel járt együtt. A növekvő jóléttel növekvő elkülönülés, az egyéni törekvések és a versengés erősödése járt együtt, amely az emberi kapcsolatokat megterhelte, feszültség alá helyezte.

9. A gyors társadalmi változás szétzilálta a meglevő közösségi struktúrákat, meglazította a rokonsági rendszereket. Az elmúlt évtizedek közösségi szokásai és politikai irányítási gyakorlata nem kedvezett az új lakóközetek közösségi fejlődésének. A magyar települési viszonyok is a közösségi dezintegráció irányába hatnak, a gyors társadalmi átalakulás különösen hátrányosan érintette a tanyák és a falvak népét, e területeken növekedett az emberek elszigeteltsége, a lakosságban az öregek aránya, e területek gazdasági pangása és a munkaképes fiatal lakosság eláramlása miatt nőtt az anómiás feszültség. Mindez az öngyilkosság növekedését vonta maga után.

10. A társadalmi átalakulások következtében nagy pszichológiai terhek neheztedek a házasságra, a családra és a nőkre. A válások ugrásszerűen megszaporodtak, nagyon nagy a teljesen vagy funkcionálisan (ingázás vagy távoli munkavállalás miatt) felbomló családok száma, és a nők különösen nagy és feszültségteli mobilitási folyamaton mentek át. Ez a körükben fellépő öngyilkosságok gyakoriságához vezetett, aminek háttérében gyakran mutatható ki alkoholizmus és mentális betegségek, krízishelyzetek.

11. A karitatív és szociálpolitikai, illetve gondozási és lelki támogatási formák a magyar társadalomban különlegesen fejletlenek. Az öngyilkossági kísérletekkel és az öngyilkosságveszéllyel kapcsolatosan nem alakultak ki önkéntes és önszervező támogatási formák. A magyarországi egyházak e téren a legutóbbi időkhöz nem végeztek számottevő munkát, nem alakult ki a politikai mozgalmakon belül sem ilyen tevékenység. Más országokhoz képest nagyon lassan fejlődtek a telefonszolgálatok is.

12. Hazánkban különösen *fejletlen a pszichiátriai szolgálat*, ezen belül is a pszichoterápiás hálózat, a krízisellátás, a tanácsadás, valamint a rehabilitáció és a gondozás. A szakszerű elmeegészségügyi ellátó hálózat mennyiségileg és minőségileg súlyosan elégtelen volt a hetvenes évek végéig, az azóta megindult fejlődés is messze elmarad a szükségletek mögött. Gyakorlatilag nincs mentálhigiénés tevékenység, hiányzik az alkoholbetegek ellátásának rendszere (csak az utóbbi években kezdődtek erre vonatkozóan lépések), nincs semmiféle öngyilkosság-megelőzési munka. A mentálhigiénés, pszichiátriai és alkoholológiai ellátás különösen az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek

nagy és növekvő számához képest aggasztóan elmaradott. A helyzetet súlyosbította a titkolódzó, elkendőző hivatalos beállítódás, amely miatt a pszichiátriai ellátás fejlesztésére nem volt kellő ösztönzés. A nagyarányú társadalmi átalakulás összes hátrányos pszichés következményével szemben tehát a magyar társadalom sokáig gyakorlatilag védtelen volt.

A Társadalmi beilleszkedési zavarok komplex elemzése főirány mindezekre rámutatott, és megfogalmazta a tennivalókat is. Nyilvánvaló, hogy a társadalmi átalakulás folyamatait vagy a kultúra különböző vonásait befolyásolni igen nehéz, viszont a tág értelemben vett mentálhigiénés és pszichiátriai ellátás rendszerét és ezen belül az öngyilkosság megelőzésére és ellátására vonatkozó módokat fejleszteni lehet.

Célszerű közvetlen feladatnak tűnik a mentálhigiéné intézményes koordinálása és egyes hiányzó szolgáltatásainak megindítása (különböző tanácsadó szolgálatok, másodlagos megelőzést végző centrumok stb.), az alkohológia fejlesztése, krízisintervenciós központok létesítése, a telefonszolgálatok támogatása, a detoxikációt végző – tehát az öngyilkossági kísérleteket közvetlenül ellátó – osztályok működési színvonalának emelése, az öngyilkosok utógondozásának megszervezése stb.

A jelenlegi szakaszban fontos a kutatások folytatása, hiszen egyelőre elég általánosak, körvonalasak az öngyilkosságról meglevő ismereteink. Sürgősen tisztázásra szorul pl. a pszichotikus betegek kezelésével párhuzamos öngyilkosság-megelőzés módszertana – hiszen a „Budapest-vizsgálat” is kimutatta, valamint újabb adatok is utalnak rá –, hogy pszichiátriai kezelésben levő krónikus betegek aránytalanul nagy gyakorisággal ölik meg magukat, illetve kísérelnek meg öngyilkosságot. Ellenőrzésre és pozitív esetben értelmezésre és következtetésekre levonására szorul az öngyilkosok kóronctani vizsgálatából eredő megállapítás, az öngyilkosok nagyobb fokú általános biológiai károsodottsága. Ha ez így van, lehetséges, hogy összefüggésben áll azokkal az életmódbeli sajátosságokkal, amelyek miatt a középkorú felnőttek halandóságában kialakult hazánkban a jelenlegi ijesztő méretű növekedés, a szinte Európában páratlanul rossz mortalitási helyzet.

A kutatások és eredményeik közlése azért is fontos, hogy a mérvadó közvélemény megfelelően megismerje az öngyilkosság problémájának társadalmi súlyát és jellegét, és hogy megfelelő szövszóolója legyen az öngyilkosság elleni kiterjedtebb és erőteljesebb küzdelemnek.

Az öngyilkosság okai és megelőzésének lehetőségei

Az öngyilkossággal kapcsolatos legfontosabb felismerés az, hogy az önmagát elpusztító ember nem meghalni akar, hanem tűrhetetlen és reménytelen élethelyzetből akar szabadulni. A halál csupán ennek a megszabadulásnak végső eszköze. A legtöbb öngyilkos tulajdonképpen küzd a halál ellen, szeretné úgy megoldani a dolgot, hogy ne kelljen meghalnia. Nagyon gyakori az öngyilkosságokban az ún. „orosz-rulett” elem, a sors egyfajta kihívása és a mágikus reménykedés, hogy mégiscsak életben fog maradni az önpusztító aktus nyomán az öngyilkosságot megkísérlő ember. Ha ilyen vakmerő kihívás fantáziája jelen van az öngyilkossági eseményben és valaki életben marad, általában nem ismétli az öngyilkosságot. Súlyos testi károsodással életbenmaradtak (pl. magasról leugrók, vonat elé lépők, metróban öngyilkosságot próbálók stb.) ugyancsak nem motiváltak többé öngyilkosságra. Többen rámutatnak, hogy az öngyilkossági cselekményben jelen van az a lelkiállapot, amit Alfred Adler „férfias tiltakozásnak” nevezett, vagyis az utolsó kísérlet az önértékelés megőrzésére. Ebben az élményben a halál az elkerülhetetlen velejárója az én egzisztenciális lázadásának, egyfajta „keserű pohár”, amit ki kell üríteni, de amitől az öngyilkosságra készülő retteg.

A halál elleni küzdelem nemcsak a mágikus reménykedésben nyilvánul meg az öngyilkossághoz vezető lélektani folyamat során, hanem abban is, hogy az öngyilkosok nagy része közli szándékát a környezetével, mintegy megpróbál segítséget kérni („cry for help”). Ez persze ritkán direkt és felszólító jellegű, rendszerint inkább bátortalan ajánlkozás, ráutalásos kommunikáció. Nem is mindig világos és egyértelmű a szándék közlése, sokszor szinte „kódolt” formában, csak utólag érthető módon nyilvánul meg. Néhány szakember úgy véli, hogy valószínűleg az esetek túlnyomó többségében megtörténik ez az utolsó próbálkozás a segítségkérésre, az életbenmaradásra, de részben nem értik meg a jelzést a környezetben, részben gyakran elhallgatják a hozzátartozók, hiszen mások vagy önmaguk előtt hibáztathatók az öngyilkosság miatt (néha úgy szerzünk tudomást a „cry for help”-ről, hogy az információt szolgáltatók nem is realizálják, miről van szó: József Attilát pl. öngyil-

kossága előtti napon több író társa autóval meglátogatta; az akkor már nagyon zaklatott költő könyörgött nekik, vigyék magukkal Budapestre, fél Szárszón maradni, ám ezt nem vállalták el). Rendszerint ugyanis a rejtett segélykérést indirekte elutasító válasz adja az utolsó lökést az önpusztító tethéz. (József Attila esetében az író társak azt hajtogatták, hogy nincs hely az autóban, ott már „egy kutya sem férne el”!)

A segélykérés gyakori készítése érdekesen jelenik meg a lelki elsősegélyt nyújtó telefonszolgálatok munkájában. Nagyon sok ember felhívja az ilyen szolgálatokat öngyilkossági krízisében, éppen ezért is terjedtek el a telefonszolgálatok. A telefonban anonim módon könnyebb a segítségkérés, biztonságot ad, hogy a kagylót bármikor leteheti a hívó. Nagyon sok esetben az anonim beszélgetés után, amikor megértést, érzelmi segítséget kap a hívó, késlelteti öngyilkossági elhatározását, gyakran elfogadja a számára felajánlott közvetlen segítséget, tehát elmegy a megadott rendelésre, bemegy a kórházba, ha már bevette a gyógyszereket, még maga kihívja a mentőket stb.

Mindez nagyon érdekes fényt vet az öngyilkosság antropológiájára és tulajdonképpen e tényből érdemes kiindulni az öngyilkosság okainak és leküzdési lehetőségeinek tárgyalásában. A személyiség egy része, az én központi szerkezeti eleme nem tud kiegyezni valamely élethelyzettel, nem lát megoldást (gyakran azért, mert saját maga alkalmatlan a változásra, magának nincs ereje változtatni) és inkább elpusztítja magát.

Minden öngyilkosságban benne van valamilyen konfliktus és megghiúsulás, mindegyikben negatív az önértékelés, jelen van a reménytelenség érzése. A közvetlen okok között ezért különböző konstellációkban megtaláljuk ezeket a tényezőket. A fájdalommal és funkciókorlátozással járó reménytelen betegség, az időskori gyengülés, a megalázás, magára hagyás, sérelem stb. a közvetlen megelőző lelkiállapot. Ez azonban csupán részmagyarázat az öngyilkosságra, hiszen sokan átélnek hasonló negatív emocionális helyzeteket, de nem ölik meg magukat. Számos szakember úgy véli, hogy az ilyen lelkiállapot tulajdonképpen depressziót vált ki, a depresszió nemcsak tűrhetetlen ürességérzést és szorongást kelt, hanem mindenféle belső helyzetmegítélést is sötétre fest, a személyiség meglévő agresszióit a saját én felé fordítja. Ez is csak részmagyarázat, ugyanis a depresszióban valóban gyakori az öngyilkosság (egy adatok szerint az ismételt depresszióssá váló, vagy mániás-depressziós emberek 15%-ban öngyilkosságban halnak meg és ez sokkal nagyobb, mint az átlagnépesség öngyilkossági készítése, vagy ha van ilyen gondolata, azt kontrollálni tudja.

Mindenesetre az öngyilkosság gyakorisági viszonyaiban kétségtelenül szerepet játszik a társadalmi stresszek, megghiúsulások, konfliktusok gyakorisága, valamint az önértékelés sérülékenysége. Az önértékelés akkor sérül túlzottan a stresszek nyomán, ha a személyiségben magas igénynívó él önmagával és életkörülményeivel kapcsolatosan és ha az önértékelést nem védik megfelelő emberi kapcsolatok. A szeretetteljes, intim emberi kapcsolatok megerősítik az önértékelést, hiszen az ember átéli, hogy vele törődnek, őt szeretik, őt mások értékelik, akkor tehát ő önmagát is értékesnek tarthatja. Már Durkheim leírta híres könyvében, hogy a magányosság minden formája veszélyeztető tényező az öngyilkosságban, az egyedül élők, özvegyek, elváltak, közösségen kívülállók között gyakori az öngyilkosság, gyakoribb, mint a velük összehasonlítható átlagnépességben, ennek mélyén valószínűleg ez a körülmény rejlik. Bizonyos életkorokban és élethelyzetekben az én sérülékenyebb és ilyenkor nagyobb szüksége van a külső megerősítésre, ilyen az idős kor és a krónikus betegség, vagy fogyatékoság, különösen akkor, ha ez a gyógyíthatatlanság félelmével párosul. Nagyon sérülékeny annak az embernek is az énje, akit elutasítottak, kirekesztettek, akire külső gyűlölet árad. Ilyen módon tehát veszélyeztetettek az alkoholisták, az idült drogbetegek, a deviánsok, a bűnözők. Az elmondottak a magyar öngyilkosság oki magyarázatában fontos helyet foglalnak el, mint ismeretes, a magyar településszerkezet (pl. tanyák) is sok embert ítél magányosságra, nálunk mindig gyakori volt a családok szétesése, sok volt az özvegyesség (a rossz morbiditási és mortalitási viszonyok között) és nagyon erős volt a kirekesztési hajlam. Ez a hajlam segített az öngyilkosság felé taszítani alkoholistákat, ez nyilvánult meg abban a megvetésben és kiközösítésben, amely a megtévedteket, a becsületnormákat megsértő katonákat, a tönkrement üzletembereket, a megesett cseléd lányokat (ennek szinte külön cselekvési sémája volt pl. a századforduló Magyarországon, a falun élő lányok kútba ugrottak, a városban gyufát ittak, később a lúgkőivás szörnyű mintája jött divatba) a halálba hajtotta. A magyar életben az emberi kapcsolatok gyakran ridegek, a meglévő emberi relációk sem védenek ezért mindig eléggé a baj idején. A jó közösség ugyanis fontos életbentartó tényező, a család és a rokonság rendszere, a baráti kör, a vallási közösség lehet ilyen közeg, nagyon sok vizsgálat bizonyítja ezt, pozitív és negatív formában (vagyis e körülmények fennállása alacsonyabb öngyilkossági gyakoriságban, hiánya magasabb gyakoriságban nyilvánul meg). Lényegében Durkheim statisztikai-szociológiai vizsgálatai is ezt igazolják, csak Durkheim szociológiai összefüggésekre és nem az azokban megmutatkozó pszichológiai folyamatokra figyelt. A magyar kultúrában (erre sok adatunk van) talán szegényesebb

az emberek közötti kommunikáció, kevesebb az érzelmi tartalma, ezért is nagyobb talán az öngyilkossági veszély. Magyarországon az öngyilkosságok legnagyobb hányadát az időskori öngyilkosságok teszik ki, ahogy a szakemberek mondják, az időskori öngyilkosságok országa vagyunk (a fiatal korcsoportokban az öngyilkossági gyakorisági hányados kisebb, mint több nyugat-európai országban, ahol az öngyilkossági összhalálozás nem túl magas), a magyar kommunikációs kultúra az idős emberek körül különösen szegényes, az idős embert magára hagyják és ha nem is bánnak vele rosszul, rendszerint érzi, hogy gyerekeinek, rokonságának már terhére van. Ez az érzés általában egyik kiváltó körülmény az idős férfiak gyakori önakasztásos halálozásában. Ezt az érzést nem tudják ellensúlyozni az emberi kapcsolatok, valószínű, hogy az öreg ember bátortalan segélykérő jelzéseit sem tudják fogni, nem érzik mikor kellene fokozott odafordulás, figyelem.

Talán a legfontosabb tényező az öngyilkossági minta. Nem törvényszerű és nem sui generis emberi reakció, hogy a reménytelen helyzetre, a vereségekre és kirekesztésekre önpusztítással kell reagálni, vannak olyan kultúrák, társadalmak, amelyekben ez nagyon ritkán is fordul elő. Valami külön oka van annak, ha valahol ez az emberi válasz, ez a lázadásforma, tiltakozás nagyon gyakorivá válik. Mintegy eltanulják az emberek egymástól, minták nyomán, amelyeket vagy maguk észlelnek és megfigyelnek, vagy amelyekről másoktól hallanak. Régóta ismert jelenség, hogy a családban történt öngyilkosság növeli az öngyilkossági halálozás valószínűségét a családban. Különösen szülők öngyilkossága „öröklődik” így át gyakran a gyerekekre. Ismeretes, hogy vannak öngyilkossági járványok, amikor ugyanolyan módszerrel hasonló élet helyzetben lévők pusztítják el magukat. József Attilát nagyon sokan utánozták a szárszói vasútállomáson, Latinovits Zoltán a leghíresebb követő, de valószínű járványt indított el Marilyn Monroe, vagy Domján Edit halála a fiatalságukon már túljutott nők között, vagy a szépségkirálynő tragikus öngyilkossága néhány évvel ezelőtt a fiatal, meg nem értett lányok körében. Szerencsére ezek az utánozó, modellkövető megnyilvánulások nem mindig halálosak, öngyilkossági kísérletként mutatkoznak csupán, de a hatás módját jól érzékeltetik. Mintaképző az öngyilkossági kísérlet is, a környezetben is, de az akár komolytalanul is önkárosítást megkísérlő embernek önmagának is, a későbbiekben krízisek, konfliktusok idején nagyobb valószínűséggel folyamodik ehhez a megoldási módhoz, ehhez a meneküléshez és végső soron nagyobb lesz az esélye annak, hogy önkezével vessen véget életének.

A magyar kultúrában az öngyilkosság mint pozitív minta, mint problémák „megoldóképlete” nagyon erősen van jelen. Ez következik a nagy öngyilkos-

sági gyakoriságból is, ilyen gyakoriság mellett nagyon sok ember tapasztalt öngyilkosságot, még több hallott róla beszélni. A minta hatását növeli, hogy a magyar kultúra nagyon elfogadó és értékelő az öngyilkossággal kapcsolatosan. Általában dicsérik, elismeréssel emlegetik azt az embert, akinek „volt bátorsága” megölni magát kilátástalan helyzetében. Nem is szégyenlik az öngyilkosságot nálunk, nem próbálják elrejteni, titkolni, mint sok más országban. Ez valószínűleg közrejátszik a magyar öngyilkossági gyakoriságban, sokkal kevesebb eset marad ugyanis rejtve a statisztikák elől, mint másutt. Valószínűleg ennek köszönhető, hogy az első és második generációs magyar emigránsok és menekültek öngyilkossági gyakorisága is magasabb, mint az őket befogadó ország többi etnikumának öngyilkossági arányszáma. A hivatalos kultúra is teli van öngyilkossággal, Széchenyi, a Telekiek, József Attila éppúgy számottevő e szempontból, mint a biztos halálba „kirohanó” Zrínyi, vagy Dugonics Titusz. Igen valószínű, hogy ez a momentum a specifikum a magyar öngyilkosságban, ezért vagyunk Ady kötet címét parafrázálva a „halottak élén”.

Valószínű, hogy a „bátor”, önkező halál, a végső egzisztenciális lázadás mintájának gyakorisága magyarázza az ismert tény, hogy csaknem másfél évszázados távlatban az öngyilkossági gyakoriság az ország délkeleti részén mutatkozik. Ebben bizonyosan szerepet játszik a tanyavilág, az aránylag rideg alföldi interperszonális légkör (amit Móricz munkáiból jól ismerünk, de ami átsüt Tömörkény, sőt Móra írásain is), a protestantizmus, amely e régióban gyakoribb, de ezek nem a legfontosabb körülmények. A kulturális minta képes volt a magyar területek nagy földrajzi és szociális mobilitása ellenére is fennmaradni, sőt, a Trianon után elszakított és határon kívül került magyarlakta területeken is megmaradt.

A minta már közvetettebben van jelen a magyar öngyilkosság egy másik érdekes sajátosságában, a gyakoriság hullámlásában. Két nagy gyakoriságú korszakról tudunk, a múlt század nyolcvanas éveire esett egy hullám (a „Hídavatás” korszaka és problematikája...), majd a harmincas évek elején. A nagy emelkedés a hatvanas évektől a legutóbbi évekig tartott. Durkheim adja a kulcsot a jelenség megértéséhez, a magyar öngyilkossági gyakoriság emelkedése jellegzetesen anómiás tünet, a nagy társadalmi felemelkedés és a megnőtt igénynivó idején az önértékelés sérülékeny, a személyközi védő hatások kevésbé érvényesülnek, többek között a felerősödött vetélkedés és a nagyobb kiakasztási hajlam, a lecsökkent segítőkészség miatt (a harmincas évek idején ebbe még belejátszott a gazdasági válság is, amelynek anómiakeltő befolyását Durkheim ugyancsak értelmezi).

A magyar öngyilkossági helyzetet bizonyosan az is alakította rossz irányba, hogy a hivatalos viszonyulás „izomorf” a kultúra viszonyulásával, inkább elfogadja és igenli az öngyilkosságot, mintsem próbál küzdeni ellene. Meglepően közömbös volt már a monarchia korszaka is az önkezű halállal szemben, sőt, a hadseregben egyenesen a sikeres hadgyakorlat mutatójának tekintették, ha volt öngyilkosság a katonák között. A harmincas évek nagy öngyilkossági gyakorisága idején rövid időre Budapesten létrehoztak segélyszolgálatot, a rendőrség keretében, ez nagyon figyelemreméltó kezdeményezés volt, amire a külföld is érdeklődéssel reagált, és amely ma is gyakran idézett jelenség (pl. a Suizidprophylaxe c. német szaklap a 70-es évek végén újra kiadta egy, a harmincas évek elején egyetlen számmal megjelent, majd megszűnt német öngyilkosság-megelőzési folyóirat számának anyagát, főleg a magyar próbálkozások és tapasztalatok ismertté tétele érdekében). A budapesti segélyszolgálat anyagi nehézségek miatt kb. másfél évig tudott csak működni, utána megszűnt. Később az öngyilkossággal alig törődtek, a harmincas évek végén inkább csak kuriózum, hogy a magyar írók kiadtak egy *Az öngyilkos* című válogatást, amelyben József Attila visszaemlékezései is szerepelnek gyermekkori öngyilkossági kísérleteire vonatkozóan. A háború után, de különösen 1956 után, amikor az öngyilkosságok gyakorisága növekedni kezdett, a közömbösséghez még elfojtás is társult, a témáról nem volt szabad a nyilvánosság előtt beszélni. Gergely Mihály „Röpirat az öngyilkosságról” című tanulmánya csak a szakemberek között váltott ki valami visszhangot. A 70-es években egyedül a hadseregben indult meg valamiféle öngyilkosságmegelőző munka, bevezették ill. szigorították a sorozásnál a pszichológiai-pszichiátriai vizsgálatokat, leszerelték a labilis személyiségű katonákat, az őrszolgálatra kirendelt újoncokat is gondosabban válogatták meg stb. Az intézkedések hátterében az állt, hogy az öngyilkossági cselekmény „rendkívüli eseménynek” számított, amely vizsgálatot vont maga után. Ennek kedvező hatása valószínűleg megnyilvánul abban, hogy a katonaság eredményesen szűri ki az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett fiatalok egy részét és az öngyilkossági gyakorisági arányszámok ma a hadseregben alacsonyabbak, mint a megfelelő korú és szociális helyzetű civil lakosságban (vagy más, velünk összehasonlítható helyzetű külföldi hadseregben).

Az öngyilkosság okai már jelzik a megelőzés és a kezelés módozatait. A teljesség igénye nélkül megállapítható, hogy az öngyilkosság ellen hat, ha az öngyilkosság kutatása fejlett, ha a szakemberek ismeretszintje megfelelő, ha a segítő foglalkozásúak és az öngyilkosság miatt veszélyeztetettekkel érintkezők érzékenyek az öngyilkossági késztetés felismerésére, az öngyilkosság

előtti segélykérő jelzés vételére és tudnak krízisoldóan, érzelmileg támogatóan viselkedni. Így a megelőzésnek van tudományos és képzési vetülete. Szükséges, hogy fejlett legyen az elmeegészségügyi ellátás, ezen belül működjenek olyan ellátásmódok, amelyek hatékonyak lehetnek öngyilkossági krízisekben. Ilyenek az ún. krízisintervenciós osztályok, a sürgősségi ellátás ambuláns feltételeit nyújtó, állandóan nyitott rendelők, esetleg az ún. mobilis csapatok, amelyek a segítségmódokat helyhez viszik. Fontos a telefonszolgálatok megfelelő hálózata is, a telefonszolgálatokban főleg laikus munkatársak ülnek a készülék mellett, őket képzik és továbbképzik, ők rendszerint a telefonszolgálat régiójában a közvetlen lelki segítség aktívái is. Lényeges, hogy sok karitatív szolgálat működjön, önkéntes segítőkkel, akikhez a bajbajutottak fordulhatnak. Általában egyházi keretben alakulnak ilyen önkéntes segítő hálózatok, az elmúlt harminc év anómiás világának az is része volt, hogy a régi politikai rendszer nem engedte az önkéntes szerveződés semmiféle formáját és különösen ezt igyekezett meggátolni, ha ilyesmi egyházakból indul ki.

Ma már tudjuk azt is, bár ez a világban még másutt sem eléggé fejlett, hogy az öngyilkossági kísérleten átesetteket, vagy öngyilkosok túlélőit, hozzátartozóit speciálisan kezelni és gondozni kell, meg kell próbálni feldolgozni, megszüntetni bennük a közvetlen szuicidális mintahatást. Ennek módszereit most kezdik kidolgozni és standardizálni a szakemberek.

Lényeges, hogy a közvéleményre is hatni kell, mai ismereteink szerint célszerű a tömegkommunikáció valamiféle öncenzúrája, az öngyilkossági mintát erősítik az öngyilkossági esetek szenzációs tálalásával. Ugyanakkor az öngyilkosságról beszélni kell, a rá vonatkozó ismereteknek el kellene terjedni a köztudatban, különösen az öngyilkossági lelkiállapot felismerését és a lelki segítség módjait illetően. Az öngyilkosság előtti lelkiállapotot „preszuicidális szindróma” néven nagyon plasztikusan írta le az osztrák Ringel. Nagyon fontos lenne a társadalom lelkiismeretét felrázni az öngyilkossággal kapcsolatosan. Ahol tudnak költeni az öngyilkosság megelőzésére, ott bevált a rendőrök és tűzoltók kiképzése az öngyilkosságveszély felismerésére és a lelki elsősegély nyújtására, a középiskolai egészségnevelési program, amely serdülőknek tanítja ugyanezt és több más hasonló megoldás. Általában minden pozitív törekvést felerősíthet és közvetíthet a sajtó, ez bőven kárpótolhatja az újságírókat a szenzációs hírközlésről való lemondásért.

Társadalmi méretekben az öngyilkosság ellen hat az elmebetegek és depressziósok megfelelő kezelése és gondozása, az idősgondozás, a magányos, idős emberek szociálpolitikai ellátása, az alkoholizmus és a drogabúzus elleni harc, a krónikus szenvedélybetegek megfelelő rehabilitációja. Általában az

öngyilkosság valószínűségét csökkenti, ha a család és a rokonsági rendszer erősödik, ha a lakóhelyi közösség megszerveződik és tagjai felelősnek érzik magukat egymásért. Közösségi kötőerő lehet a vallás, a vallás egyik lényege a gyülekezet, ahol a vallás szabadon fejlődik, valami történik az öngyilkosság ellen is (persze, meg kell mondani, hogy sokkal több történhetne még olyan országokban is, amelyekben a közösségek szerves fejlődését nem akasztotta meg olyanfajta totalitárius korszak, mint nálunk, sajnos ugyanis a társadalmak és az emberek általában világszerte elzárkózóak, hárítanak az öngyilkossággal kapcsolatosan).

Társadalmi lehetőség még az öngyilkossági módok, eszközök korlátozása, ha erre van mód. Lényegében az elmúlt évszázad során fokozatosan korlátozták a veszélyes kémiai anyagokat, így vonták ki nálunk a forgalomból a foszforos gyufát, a lúgkövet, ezért nehezítik a barbiturát tartalmú altatók felírását, próbálják ellenőrizni a foszfatáz-bénító növényvédő szereket, korlátokat építenek magas helyek körül, nehezítik a hozzáférést a vasúti pályatestekhez stb. Éppen e sorok írásakor jelent meg nagy beszámoló a JAMA amerikai orvosi hetilapban (Journal of American Medical Association) arról, hogy a lőfegyverek vásárlásának és tartásának szigorúbb korlátozása öngyilkossági gyakoriságsökkentő hatású volt Pennsylvania államban. Angliában a háztartási gáz szénmonoxid mentesítése csökkentette le az öngyilkossági arányszámot, mivel Angliában a gázzal elkövetett öngyilkosság volt a minta (érdekes módon az autók kipufogógázával elkövetett öngyilkosságok száma növekedett, ma számos autógyár olyan kipufogókat épít, amelyekhez nem könnyű csövet kötni, éppen öngyilkosság-megelőző céllal). Van még egy problématerület is, ami társadalmi szabályozást igényel, egyre több olyan kiadvány jelenik meg, amely öngyilkossági módszereket tanít, terjeszt, ezek ellen tiltással, felvilágosítással próbálnak küzdeni.

A társadalom a közösségek melletti intézményekből, szervezetekből is áll, ezek is tehetnek valamit a maguk területén. Így pl. a magyar példa is mutatja, hogy a katonaság sem tehetetlen, általában fejlesztheti elmeegészségügyi, illetve pszichológiai ellátó szolgálatait, a jó értelemben vett közösségi, segítő szellemet erősítheti, nemcsak fegyelmezően és edző módon viszonyulhat, hanem támogathatja is azt, aki bajba kerül. Szabályozhatja a hozzáférést a lőfegyverekhez, robbanószerkezetekhez, mérgekhez. Speciális programokkal küzdhet a katonai korcsoportok sajátos önértékelési problémái (pl. nárcisztikus személyiségváltozások), vagy stresszterhelési (pszichoszociális éretlenség, családtól való elszakadás, kapcsolati konfliktusok stb.) ellen. Egy intézmény is hozzájárulhat az egész hazai öngyilkossági helyzet javulásához, ahogyan az

öngyilkossági események kritikus tömege a munka továbbadásának valószínűségét felfokozza, úgy a gyakorisági csökkenés önmagában is a minta érvényesülése ellen hat, de nagyon fontos, hogy hat a pozitív minta is, a segítség hajlama is terjedhet és ha egy intézmény, mint pl. a katonaság elkezd tenni valamit, ez másokra is átragadhat. Ilyenfajta „járványra” lenne most nagy szüksége az öngyilkosságot illetően az országnak!

II. RÉSZ SPECIÁLIS TANULMÁNYOK

Az esettanulmányok jelentősége a pszichiátriában és a pszichoterápiában

Bevezetés

A belgyógyászat tankönyvei gyakran idézik egy jeles, szakirodalmi munkásságáról híres német belgyógyász mondását, amely szerint bármennyire is fejlődik a technika, bármilyen vívmányai is vannak a diagnosztikának és a terápiának, a belgyógyászat nagy tanítója továbbra is az eset, az *esettanulmány* marad. Az eset mindig dramatikusan hordozza az élet sokszínűségét, változosságát, meglepetéseit, sajátos időfolyamatait. Mindig teli van tanulsággal. Mindig van valamilyen jelentősége szubjektív szempontból is, hiszen lebonyolódásával élményszerű hatást kelt.

A medicinában a gyakorlat szüntelenül esetekkel állítja szembe az orvost, így azután a betegekkel, a betegségekkel, a gyógymódokkal és különféle szövődeményekkel többé-kevésbé *rutinná* válik a találkozás. Az esetek elveszítik egyediségüket, az marad meg belőlük, ami a közös, ami a szabályszerű, ami a várható és valószínű. Csak a szélsőségek, a különlegességek maradnak emlékezetesek. Egy ideig.

Valaha a medicina empirikus lényegét az esetek beható megismerése adta. Több esetben megfigyelt dolgokból vontak le azután általánosabb következtetéseket. Ma is így építkezik a tudomány, ez a folyamat azonban felgyorsult, és az orvostudományi *kutatás* fejlődésével rendszerszerűvé, mondhatni *iparszerűvé* vált. Az eset leginkább összetevője a vizsgálati csoportnak, melynek kialakításában rendszerint követelmény, hogy az esetek minél homogénebbek legyenek, vagyis minél inkább hasonlítsanak egymásra. Azután a hangsúly annak a módszeres megragadására irányul, amit vizsgálni akarnak, pl. kórfolyamatra, oki összefüggésre, tüneti képre, gyógymódra stb. Az eset egyedisége leginkább zavaró körülmény a kutatás számára, amit randomizálással, kontrollokkal, vakpróbákkal stb. próbál kiiktatni. Ismeretelméletileg az egyediség azután nem is több, mint a törvényszerűségek érvényesülésének sajátos konstellációja.

Az orvostudományi kutatás ilyen módon le is értékelt az esetet. Míg kb. egy évszázaddal ezelőtt az esetközlés gyakori volt az orvosi irodalomban, ma

egyre ritkul. Leginkább a széles orvosi közvéleménynek szóló lapokban vagy képzéssel-továbbképzéssel foglalkozó kiadványokban fordul elő. Még leginkább a különleges, ritka események bemutatása érdekében foglalkoznak vele, vagy pedig valamilyen didaktikus tanulság aláhúzása kedvéért.

A gyakorlat, az orvosi tevékenység szempontjából pedig az eseteknek ma is óriási jelentősége van. Rengeteg tudományos ismeretet lehet felhalmozni, de a gyakorlatban csak eseteken át lehet fejlődni és tanulni. Egy-egy orvosi szakág ismeretanyaga olyan, mint egy-egy nyelv szótári szókészlete vagy nyelvtani szabályrendszere, ha ezeket el is sajátítja valaki, beszélni még nem tud, az csak a gyakorlatban idegződik be. Az esetek ellátása analóg a beszédhelyzetekkel, amelyekben a nyelvet meg lehet tanulni. Ma már a medicina saját tudományelmélete kezd felismerni, hogy a diagnosztikai és terápiás munka során nagyon összetett gondolati műveletek folynak, ezek algoritmusát legtöbbször ma sem tudjuk leírni pontosan, legfeljebb közelítően tudunk felrajzolni valami döntési és cselekvési folyamatábrát (mint ezt pl. a JAMA és más folyóiratok gyakran teszik), a tényleges orvosi munka során ezt csak esetek nagy számán át lehet kialakítani. A kialakítás útja többé-kevésbé rejtett, csak általánosságban tudjuk, hogy komoly szerepe van benne a kollégák visszajelzéseinek (amelyek esetleg a fölérendelt ellenőrző tevékenységének nyomán is előállnak). A létrejött belső sémákban nagyon sok az automatikus, implicit mozzanat, amit az orvos nem is mindig tud ésszerűen megindokolni. Innen adódik azután sokféle gondolkodásbeli furcsaság, ami sokszor kitűnő orvosokban is megmutatkozik, pl. a megérzés túlhangsúlyozása, a sűrű hivatkozás az „ars medici”-re, a „Fingerspitzgefühl”-re, a sokszor babonásan analógias gondolkodás (pl. az orvosok gyakran érvelnek azzal, hogy volt egy hasonló esetük, amelyben valami különlegesség derült ki, ezért most is gondolnak erre, vagy amelyben valamilyen beavatkozás bevált, ezért most is érdemes próbálkozni vele...) és sok más, nem teljesen tudományos, inkább prelogikus gondolkodási művelet. Nagyon sokszor tévútra is vezetnek e műveletek, még a tudományba is kisugároznak ezek hatásai, a tudományos közleményekben is (persze, a *klinikum* területéről származókban, ahol nem lehet a feltevéleket megbízhatóan standardizálni) megtalálhatók az ebből eredő következtetési hibák, pl. a „post hoc ergo propter hoc—”, ami általában még közvetlenül tükrözi az eset benyomását. Valamilyen következtetését, ami nagyon bevésődött, emlékezetes maradt, ami kialakított valami hiedelmet, meggyőződést.

Egy-egy orvos egyéni fejlődése voltaképpen esetek, esettanulmányok sorozatán át megy végbe. Ám ezek az esetek akkor hatnak igazán imprintáló

vagy természetes, rutinképző effektusokon túlmenően, ha megfelelő figyelem irányul rájuk, ha az orvos lelkiileg fogadókész az információk iránt. Ezért is kell az eset szó mellett mindig megemlíteni az esettanulmányt is, az esetet ugyanis tanulmányozni kell, át kell élni, rá kell csodálkozni, nyitottnak kell vele szemben lenni, rejtvényt és kreációt kell benne látni ahhoz, hogy kellően fejlesztő legyen. A fiatal orvosban él erre a hajlam, és ha kellően érdeklődő és segítő kollektíva veszi körül, ez sokáig ébren marad. Minél több az izgalom és az érdeklődés a már fejlődő tapasztalat periódusában is az eset iránt, annál nagyobb a fejlődés várható íve. Természetesen ez az ív akkor emelkedik kellően, ha a megfelelő elvont alapismeretek is csatlakoznak és integrálódnak az esettel való foglalkozás folyamatába.

Az eset nem csupán mindig esettanulmány – a fenti értelemben – hanem szükségképpen *esetleírás* is. A tapasztalatok rögzítése szinte elengedhetetlen része a tanulságok megfelelő kibontásának és asszimilálásának. A leírás óhatatlanul *újrágondolást* és *logikai kontrollt* is jelent. A leírás az egyedi élményt és megfigyelést *konszenzuálissá* teszi, vagyis társaslélektani eseménynyé formálja. A leírás révén a tapasztalat mások számára is átadható, ellenőrizhető, revideálható, kiegészíthető, sőt *megcáfolható*. Ez utóbbi tulajdonságában rejlik a lehetőség, hogy a téves elképzelések korrigálódjanak, vagyis ne a babonaszerű, egyszerűen analógiás következtetéseknek maradjon csak terük. Mint tudjuk Karl Popper elméletéből, a tudományos ismeret lényegi vonása, hogy megcáfolható (ahogy Popper mondta: falsificabilis). Az eset leírása teszi tehát az egyedi „művészből” tudományossá az orvosi tapasztalást, a leírás objektiválásán át lépve a tudomány felé. Claude Bernard híres mondása szerint a művészet mindig az én szférájában van, míg a tudományban a „mi”, a többes szám első személy a fontos (L’art c’est moi, la science c’est nous).

Éppen ezért nagyon káros a széltében elterjedt szokás, a *kórrajzok* lebecsülése és elhanyagolása, a *dekurzusok* formális vezetése, az igénytelenség az *epikrizisek*, kórtörténeti összefoglalások terén. Nagy lehetőséget veszít el a fiatal orvos, de áttételesen a kollektíva is, ha a pillanat követelményei vagy munkaszervezési gondok miatt (de a tapasztalat szerint leginkább mindenféle racionalizációk jegyében) megszokja a rossz rutint a kórrajzírásban, ha csak a külső követelményeknek eleget téve röviden, felületesen, igénytelenül vezeti a feljegyzéseket betegeiről. Nagy kár, hogy szinte kihalt az *esetmegbeszélések* hagyománya. A klinikopatológiai konferenciák (a New England Journal of Medicine közöl gyakran igen izgalmas jegyzőkönyveket ezekből) is akadoznak, formalizálódnak, mindenféle presztízsszempontra keveredik beléjük, ritka az eleven vita, ritka a tévedések, hibák „empátiás” elemzése. Klinikumban

működő szakembernek nem lenne szabad tudományos dolgozattal próbálkoznia, mielőtt esetek megjelenésre méltó leírásban nem szerzett gyakorlatot, mielőtt ilyen munkákon át meg nem tanulta a tudományos önkifejezést, kommunikációt.

Minderről a medicina vonatkozásában általában sokat lehetne beszélni. De az elmondottak egyes szakmákban hatványozottan érvényesek. A *pszichiátria* ilyen szakma. Sok tekintetben más, mint a többi orvosi szakterület, mondhatjuk, *ismeretelméletileg* más, generikusan új tudomány, a pszichológia, illetve a viselkedéstudomány területére is tartozik. Nagyon bonyolult összefüggésekkel dolgozik, még társadalomtudományos részeket is rejt magában, hiszen a viselkedés jelentése, minősítése, megértése társadalmi szabályok, értékek függvénye. Itt sokkal nehezebb a kutató empiria előrehaladása, mert nehezebb homogén csoportokat alkotni és nehezebb csupán néhány, jól megragadható tényezőre sűríteni a vizsgálatot. De azért e téren is nagy eredményeket lehetett elérni, különösen a hatékony pszichiátriai *gyógymódok* megjelenése után, kiváltképpen a pszichofarmakonok elterjedése után, vagy amióta teret kaptak a pszichiátriában a *biológiai kutatások*, amelyek lehetővé teszik, hogy valamilyen kórkép, tüneti kép, megnyilvánulás vagy akár idegrendszeri, viselkedési, személyiség-diagnosztikai sajátosság korrelációba legyen állítható valamely szervezeti anyag vagy anyagcseretermék mennyiségi viszonyaival. Ebben a folyamatban is átlényegül és absztrahálódik az eset, a fontos a *diagnosztikai kategória* definíciója (erre számos szempontrendszer vagy eszköz szolgál, a DSM-III-tól a „pszichiátriai kutatási kritériumokon” át a „jelenlegi pszichiátriai állapot” standardizált kérdőívekig vagy az egyes kóros élményformákat vagy magatartásmódokat mérő kérdőívekig, skálákig), majd a kiválasztott független változó vagy fordítva, ha a kiindulás valamilyen gyógyszer, terápiás beavatkozás.

Ugyanakkor a kutatás még nem közelítette meg az eset minden jellegzetességét. A bonyolult összefüggésekben még nagyon sok tényező, időbeli reláció vagy szekvenciális hatás rejlik, amit elvontan nehéz megragadni. Maga a hagyományos nozológiai besorolás is igényli az eset gondos és részletes feltárását. A hagyomány erősen kötődik a *keresztmetszeti* esetleíráshoz, de mind nagyobb a *fejlődéstörténeti*, illetve a *követéses leírás is, különösen, ha a terápia szempontjai is érdekessé válnak. A követés, illetve a fejlődési rekonstrukció* sajátosan fontossá teszi a dekurzust. Nagy a pszichiátriai esetekben a külső közlések, a megfigyelések, a *heteroanamnézis* szerepe. A kórlefolyás különösen próbája a keresztmetszeti következtetéseknek.

A pszichiátriát megtanulni csakis a fenti értelemben vett, tehát tanulmány tárgyává tett és megfelelően kidolgozott, leírt esetek alapján lehet. Történetileg is sokkal inkább az esetek alapján alakult ki a tudományág. A múlt század német pszichiátriai szakmunkái – a tudományág elismert mérföldkövei – teli voltak esetekkel, kiváltképpen Kraepelin írásai. Az esetek gyakori közlése fémjelezte később Bleuler, Schneider, Minkowski, Mayer és mások összefoglaló munkáit. A későbbi újítások is eseteken át mutatták be felfogásukat, akár Leonhardra gondolunk, akár Tellenbachra, nem is beszélve Jaspersről és a fenomenológiai, egzisztencialista, dinamikus stb. közelítésmódok sokféle fajtájáról.

Sajnos az esettanulmányok ennek ellenére a medicina más területéhez hasonló sorsra kezdenek jutni. A kórrajzok kórtörténetek többnyire nem kielégítőek, sematikusak, ritka az esetmegbeszélés, még ritkább a szakirodalomban a kazuisztika. Nagy akadály természetesen, hogy pszichiátriai kazuisztikát nagyon nehéz röviden megírni. Általában kevés publikációs eszköz biztosít akkora terjedelmet, amely tisztességes esetleírásra elegendő. Így azután az eset leginkább illusztráció marad. A magyar nyelvű szakirodalomban különösen kevés a pszichiátriai esetleírás, ami van, az is eléggé egyoldalú, csak nozológiai jellegű. Igaz, hogy meglehetősen kevés a pszichiátriai orgánus is.

A nozológiai megközelítés vagy az igazságügyi elmekórtani leírási követelményrendszer vagy a gyógyszerkipróbálási jegyzőkönyvekhez szükséges szempontrendszerek azonban legalább nyújtanak bizonyos kapaszkodókat, ám a *pszichoterápia* számára az eset nagyon nehezen szorítható keretek közé, miközben még jobban rászorul, mint a pszichiátria. Pszichoterápiát csakis igen alaposan feldolgozott, élénken megélt, emlékezetes eseteken át lehet megtanulni. Nem véletlen, hogy a legtöbb pszichoterápiás irányzatban, még a viselkedésterápiákban is az esetek különleges reflektorfénybe kerülnek a képzés során. A verbális terápiák elengedhetetlennek tartják a *szupervíziót*, amely eset(ek) feldolgozása és követése. Szupervízió szükséges a pár-, a család- és a csoportpszichoterápiához is. Az oktatás állandó módszertani eszköze az *esetek bemutatása*, ez régen tantermi bemutatás volt, ma inkább *képmagnós* bemutatás, bár a tanterem újra szerepet kap az egyirányú (vagy más néven átpillantó) tükrök elterjedése révén. Érdekes jelenség az esetek *szimulálása*, vagy színészek segítségével, vagy pedig *módszerdemonstráció* formájában, önkéntesen vállalkozó szakembereken.

Mégis, gyakorlatilag a pszichoterápia terén is baj van az esetekkel. Szinte megoldhatatlan nehézséget okoz az eset jellegzetes bonyolultsága. Nem véletlen, hogy egy eset részletes megbeszélését csak szupervizorral lehetséges

elvégezni, vagy esetmegbeszélő csoportba (pl. Bálint-csoportba) kell járni, hogy ott elmondható legyen. Szaklapokban alig van esetismertetés. Ha van, általában *esetillusztrációról* vagy *esetcímkéről* (Fallvignette) beszélnek. Az ambiciózusabb esetismertetések (bár nagyon sok lényegest kihagynak vagy összesűrítenek) nagy tanulmány terjedelműek. Nem ritka a könyv terjedelmű esetleírás. Különösen a szkizofrének pszichoterápiája szokott monografikus méretű leírást igényelni. Egyes nagy, különösen élményszerű esetek a pszichoterápia történetében mintegy kulcsélménynek bizonyultak, amelyek nyomán azután elméletek vagy módszertani felismerések születtek. *Freud* esetei különösen híresek: a kis Hans, a farkasember (Wolfsmann), a Schreber-eset vagy korábban Anna O., Dóra stb. Hasonló esetek találhatók Jung, Adler, Stekel fejlődéstörténetében is. De egyes esetekből indult a viselkedésterápia és a többi egyéni pszichoterápiás irányzat, majd később a társas terápia sora. Nem egy leírást ismerünk, amely csupán egyetlen eset tapasztalatából iskola-teremtésre tett kísérletet (pl. ilyen volt Séchehayé módszere, a Janov-féle „összikoly”, vagy a pszichodráma, amely Moreno egy esetmegfigyelésén és néhány esettapasztalatán alapult stb.). A pszichoterápiás eset elengedhetetlen a fejlődéshez, de ugyanakkor nagyon problematikus is, mert csak akkor válik igazán konszenzuálissá, hogyha az elvonatkoztatás diszciplinált, „teleszkópikus” folyamata segítségével egyáltalán hozzáférhetővé válik a gondolkodás számára, ugyanakkor az absztrahálás már viszonylag enyhe foka is észrevehetetlenné vagy nehezen felismerhetővé teszi azokat az információkat, amelyek alapján az eset kritizálható vagy esetleg átértelmezhető lehetne.

A pszichiátriai és a pszichoterápiás esetmunka és esetközlés minden nehézsége megtalálható az *öngyilkosság* esettanulmányaiban, különösen akkor, ha az életben maradt öngyilkossági kísérletes személy terápiába is kerül. A meghalt öngyilkos esetében ismeretelméleti bonyodalom is áll elő, elvész az egyetlen ember, akinek közvetlen információi vannak, elvész vagy elhalványul az öngyilkosságig vezető folyamat élményoldala. A kutató ez ellen az öngyilkosság „lélektani boncolás” módszerével próbálhat meg védekezni, a külső megfigyelők szisztematikus kikérdezésével és az események időrendi rekonstruálásával kísérrelheti meg értelmezhető adatok szerzését. Az *öngyilkossági kísérlet* eseti megközelítése involválja a pszichiátria és a pszichoterápia minden nehézségét, meg kell próbálni nozológiaiilag vagy pszichodinamikailag feldolgozni az esetet a cselekmény bekövetkeztéig, majd az esetnek rá kell térni valamilyen beavatkozásra, amely ritkán merülhet ki hagyományos pszichiátriai gyógyításban, pszichoterápiát is kell magában foglalnia. Hozzájárul még a nehézségekhez a *társaslélektani* és társadalmi dimenzió fi-

gyelembevételének szükségessége. Az öngyilkossághoz vezető folyamat éppúgy, mint a cselekmény vagy az öngyilkossággal járó pszichés zavarok elleni kommunikációs küzdelem egyaránt *szociális interakciók* hálózatán belül történik, és ez nagyon lényeges mindenféle tudományos szempontból.

A szuicidológiában is vannak esettanulmányok, de itt is elmondható az esetleírások szokásának gyengülése. Márpedig e téren sem lehetséges fejlődés, tanulás, nagyon alapos esetbemutatók, esetmegbeszélések nélkül. A kutató nem könnyen tekinthet el az esetektől, mert a releváns összefüggések csak szinte esetfeldolgozási mélységből emelhetők ki és vonatkoztathatók el. Az eset kell hipotézisek alkotásához, de kell a vizsgálati eredmények ellenőrzéséhez is. Különös tulajdonsága az öngyilkossági esetközléseknek, hogy egyetlen más szakterületen sem kell ennyi orvosi, pszichiátriai, pszichológiai *kudarcról*, sikertelenségről számot adni, mint itt, mégpedig olyanról, amely éppen annak a szakembernek a felelősségébe tartozik, aki az esetet közli. A legtöbb befejezett öngyilkosság egyben segítő szervezetek és kapcsolatok csődje, meghíúsulása is, pl. az egészségügyi szolgálat elégtelenségének bizonyítéka. Bizonyos mértékig kritika a közösségi viszonyokra, az egyházra vagy különféle társadalmi szervezetekre, a családra vonatkozóan. Nemegyszer hatóságok hibás viszonyulására is fény derül. Nagyon nehéz az esetleírás szintjén kezelni ezeket az „exogén” tényezőket, és hatásaikat elkülöníteni az öngyilkos ember személyiségében zajló folyamatoktól, akár pl. a depresszióval járó kognitív torzításoktól, vagy valamely pszichopatológiai állapot okozta szenzitivitástól stb. Kissé így van ez az öngyilkossági kísérletek eseteiben is. Viszont egyáltalán az eset az, amely a közvélemény gondolkodási sémáinak vagy egyes szakmák nézőpontjainak releváns tényezőit egyáltalán fel tudja vetni és mérlegelni engedi. Egyébként a szakirodalom jelentőségétulajdonítási szempontjai csaknem hiedelemként élnek tovább (pl. a klaszszikus nozológia állítása, amely szerint a depresszió mindig a fő ok, legalábbis larvált vagy látens formában, a biológiai pszichiátria véleménye, amely szerint neurotranszmitterek által közvetített agresszív késztetésfokozódás a döntő mozzanat az öngyilkosságban, vagy a pszichológiai teória, amely szerint a *narcizmus*, a *preszuicidális szindróma nemspecifikus élményreakciója*, vagy az én sajátos menekülési kísérlete, ill. utolsó próbálkozása az integrációra stb. a fő ok). Az esetek potenciális értéke, hogy az oki és patogenetikus folyamatok szövevényébe minden szakember kissé más szemlélet alapról és más feltételek között tekint be, néha speciális tapasztalati lehetőségeket vagy elemzési módszereket alkalmazhat. Így az esettanulmány az öngyilkossági esemény új összetevőire figyelhet fel. Mint az öngyilkossági esettanulmá-

nyok hasznáról, tudományos jelentőségéről szóló fejezet mutatja, ebből sok érdekes felismerés származott, amelyet azután rendszerezett kutatásban vizsgáltak tovább.

Magyarországon az esettanulmányok különösen fontosak lennének abból a szempontból, hogy a szuicidológia iránti érdeklődés fokozódjék, meginduljon a *klinikai komplexitású* kutatás és az öngyilkossági eseteket ellátó gyakorlat. A hazai fejlődésből valahogy *kimaradtak* az esettanulmányok. A hatvanas éveket megelőző szórványos vizsgálatokat még az esetek uralták, jóformán esetekből állt a harmincas évek végén, 1936-37 táján Novák Rudolf és társa kiadásában megjelent kötet, „Az öngyilkos” (évszám nélkül jelent meg). Ebben még József Attila is vall – megrázó és pszichológiailag igen hiteles módon – gyermekkorának öngyilkossági kísérleteiről. Majd hosszú ideig, a felszabadulás után csaknem két évtizedig, csupán néhány törvényszéki orvostani esetleírás képviselte az öngyilkosság-kutatást, rendszerint különleges öngyilkossági módszerek alkalmazása (a koponyába saját kezűleg vert szegek, a Fejér megyei öngyilkossági „járvány” a nagyfeszültségű vezetékre dobott drót segítségével stb.). De azután a nemzetközi kutatási gyakorlat számadatai váltak ismeretessé, nagy öngyilkosság-megelőzési intézetek nagy csoportokon végzett felmérései, speciális statisztikai tanulmányok, német és skandináv ellátó és kutató centrumok adatösszesítései. A nagy számok igénye, a módszeres kutatás feltételeinek követelménye mellett az esettanulmányokra nem maradt figyelem, és nem is nagyon volt olyan szaklap, amelyhez ilyen közleményekkel fordulni lehetett volna. Csak *Gergely Mihály* író megrázó tanulmányaiban, és az ezekből kiadott kötet egymást követő kiadásában találhatók esetek, ezenkívül *Cseh-Szombathy László* korai, az ötvenes évek végén közölt öngyilkossági munkáiban, de ezek is inkább esetillusztrációként.

Az esetek beható tanulmányozásának fázisa azonban nem maradhat ki a szuicidológia szerves fejlődéséből.

A valóságban az esetekre összpontosítanak az öngyilkosságmentő, lelki elsősegélynyújtó telefonszolgálatok munkatársai (bár számukra az esetek leginkább csak bizonyos vetületben mutatkoznak meg), a krízisosztályok szakemberei és a Pécssett, Szegeden, Szigetváron működő öngyilkosságkutató teamek. De a leírások még mindig hiányoznak. Az esetek közlésének kultúráját növelendő határoztuk el e kötet közrebocsátását. Az első részletes magyar eseteket szerettük volna közreadni az öngyilkosság jelenségeiről és az öngyilkosságveszély kezelési módszereiről. Nem csupán a szuicidiummal közvetlenül foglalkozó szakemberekhez kívánunk szólani, hanem az orvosok széles rétegeihez, akiknek – mint ezt számos hazai vizsgálat is megállapította, és külö-

nösen a Harsányi-Szuchovszky-Nemeskéri vezetésével végzett ún. *Budapest-vizsgálat* mutatott rá – nálunk is kulcsszerepe kellene legyen az öngyilkosságok megelőzésében, hiszen mind az „ún. sikeres” öngyilkosok, mind pedig a kísérletet tevők jelentős hányada kezelésben van, túlnyomó többsége pedig cselekménye előtt egy-két héttel orvosnál járt, és orvoshoz fordulásának motivációi között, ha rejtett módon is, de előtérben áll, hogy öngyilkossági válságában keres segítséget. Szólni szeretnénk azonban pszichológusokhoz, szociális gondozókhöz, a krízisintervencióban dolgozó vagy dolgozni kívánó laikusokhoz is.

Tudjuk, hogy most közölt esettanulmányainkon meglátszik az, hogy hiányzik a szuicidológiai esetközlés kultúrája. Még nincs gyakorlatuk a leginkább elkötelezett kollégáknak sem ebben, de hát nem is lehet. Nem korlátoztuk a felkért szerzőket, nem érvényesítettünk külön szerkesztési szempontokat, tudatosan vállaltuk, hogy maradjanak az egyes fejezetekben strukturális, érvelési, szemléleti dilemmák, vitatható dolgok. Esettanulmányaink akkor töltik be hivatásukat, ha az olvasót elgondolkodtatják és vitára serkentik. Egyik tanulmányból sem hiányzik azonban a valós esetek eleven dinamikája és mindegyik munkában tükröződik az a növekvő tapasztalat, amelyre most már a magyar szuicidológia lassanként szert tesz.

Ennek a tapasztalatnak kellene gyorsított módon fejlődnie, ismertté válnia, tevőlegesen behatolnia a magyar egészségügybe és mentálhigiénébe, hogy az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek nyomasztóan nagy, és lassan még mindig növekvő száma végre csökkenésnek induljon, hogy az élet ne produkáljon annyi „esetet”. Ehhez szeretne kis kötetünk most hozzájárulni.

Esettanulmányok az öngyilkosság-kutatásban

Az öngyilkosság iránti tudományos érdeklődést *esetek* keltették fel. A civilizáció hajnalától kezdve öngyilkosságok előfordultak, sőt viszonylag gyakoriak voltak, ezért a közfelfogás természetesnek, magától értetődőnek tekintette őket. Az emberek az egyes esetekben csak a különleges motívumokat, a sajátos vonásokat találták érdekesnek, magát az öngyilkosságot nem. Teljesen természetes és megszokott dologként beszéltek róla az ókor bölcselei, pl. a sztoikusok, és találkozunk a kérdéssel Cicero bölcseleti írásaiban (pl. a *Tusculanae disputationes* és a *De finibus bonorum et malorum* című könyveiben). Az *ókor* megengedő volt az öngyilkossággal kapcsolatosan, alkalmanként szinte javasolta is, és már ekkor megfogalmazódott az a felfogás, amit a szabad halál hirdetői ma is hangsúlyoznak, hogy az öngyilkosság sajátosan emberi képesség, az emberi szabadság szimbóluma is, mert a halálba bármikor menekülhet az ember. Mint ismeretes, az ókor során gyakoriak voltak az öngyilkosságok, pl. Theseus apja levetette magát Sunion sziklaszirtjéről, mikor azt hitte, hogy fiát nem hozza vissza Krétáról a hajó, vagy Seneca felvágta ereit, amikor megtudta, hogy a császári proskripció miatt életét veszély fenyegeti. Seneca öngyilkosságában volt némi kényszer is, a római kor kegyetlen tállmánya volt, hogy akitől az uralkodók meg akartak szabadulni, azoknak előírták – vagyis „megengedték” – az öngyilkosságot. Ez a gyakorlat azután az újkorban feléledt, bizonyos foglalkozásokra vagy probléma-kategóriákra vonatkozóan, pl. katonatisztek esetében (lásd Redl ezredes ügyét).

Ebben a korszakban tehát az öngyilkosság nem tűnt vizsgálatra méltó jelenségnek. Csupán az volt a figyelem tárgya, hogyan lehetséges, hogy a viselkedés egyik alapelve, az élethez való ragaszkodás készítése, az „életösztön” ellenállását át lehet törni, ill., hogy az ember életunttá válhat. A vizsgálódáshoz szükséges problématudat kialakulásához még két körülmény kellett, az öngyilkosság vallási tilalma és az öngyilkossági esetek nagyobb száma olyan emberek tapasztalati körében, akik az emberi viselkedés iránt érdeklődtek. A vallási tilalom megjelent a *kereszténység* uralmával, az öngyilkossági esetek szaporodása pedig a túlsúlyos *középkori városok* kialakulásával, amelyben az élet gyakran szigorú vallási, politikai és rendészeti keretekben zajlott. Az ink-

vizítor, a titkosrendőr vagy városi előljáró azonban tudományos érdekességet aligha láthatott az öngyilkossági esetekben, a megfelelő beállítódás az orvoslás fejlődésével és az elmebetegekkel való foglalkozás kezdeteivel párhuzamosan alakult ki. A középkor végén már ismerünk leírásokat az öngyilkosságról, és ezekben már a tanulság kedvéért állnak a középpontban az esetek. A vizsgálódás úgy kezdődik, ahogyan a néprajztudomány is fejlődésnek indult, anekdotikus közelítéssel. Így azután hamar leírták, hogy az öngyilkosságok utánzásra csábítanak, járványszerűen fordulhatnak elő. Későbbi szakkönyvekben is találkozunk pl. annak a velencei polgárnak esetével, aki a háza falán levő kampóra akasztotta fel magát, és ezután ezt a kampót előszeretettel választották ki öngyilkosság céljára mások is. Vagy pl. a fiatal lányok között dúló öngyilkossági járvány leírásával, amelynek úgy vetettek véget, hogy rendeletet hoztak, ezentúl minden öngyilkos tetemét ruhátlanul közszemlére teszik ki. Ez azután a lányok kedvét elvette az önkezű haláltól. «MDNM»

E bizarr történetek máig is fontosnak tartott szabályszerűségeket tükröznek, mindkettő arra mutat rá, amit a közgondolkodás nem ért, de a logikai megfontolásokkal dolgozó bölcselek sem, hogy az élet talán legmagányosabb aktusa, saját lényünk elpusztítása is lényegében mennyire *szociális megnyilvánulás*, mennyire az életre és a másik emberre vonatkozik. Hiszen a kampó szerepében a másik ember mintája tükröződik, a lányok pedig identitásuk porhüvelyére is kiterjesztik értékeiket, normáikat, pedig – „ésszerűen” gondolkodva – ez már teljesen értelmetlen.

A korai esetgyűjtésekben felfigyeltek a *melankólia* befolyására az öngyilkosságban. Észrevették, hogy sok az olyan öngyilkosság, amelynek nincs mások által is belátható oka, hanem valaki lassanként búskomor lesz, majd életunttá válik, és megöli magát. Ha betegség, veszély, megszágyenülés elől menekül valaki a halálba, azt még a középkori mentalitás is megértéssel fogadta, ha az önkezűség vétkét megbocsátani nem is tudta. De az indíték nélküli szuicidium nehezen volt megmagyarázható. Az érdeklődés az öngyilkosság iránt igazában a 18. században indult meg, ekkor már volt kultúrája a viselkedési jelenségek számszerű megközelítésének, az ún. morálstatisztika keretében már az öngyilkosság számadatait is nyilvántartották. Növelte az érdeklődést a *felvilágosodás korától* a filozófusok odafordulása is a témához. David Hume esszét írt, Montesquieu a Perzsa levelekben tárgyalta az öngyilkosság kérdését, Voltaire és Rousseau pedig az egyház hagyományozott tilalmát kérdőjelezte meg, ismét az *emberi szabadságjogok* jegyében. A földrajzi felfedezések és a sűrűsödő nagy utazások más vidékek öngyilkossági szokásairól is híreket hoztak. A nyugati ember individualizálódni kezdett, és ennek követ-

keztében öngyilkosságai is megszorodtak, több lett az eset, több lett a példa. A 18. századtól kezdve ismerünk leírásokat, amelyek sikertelen öngyilkosságok vizsgálatáról szólnak, és ebben visszatérő momentum, hogy az életben maradt ember utólag nem tudja felidézni magában, miért is akarta megölni magát, ill. nem tudja megérteni közvetlen motívumait (még ha gondjára, problémájára, amely miatt életét értelmetlennek érezte, emlékszik is). Ilyen megfigyelések alapján terjedt el az öngyilkosság értelmezésében a „pillanatnyi elmezavar” koncepciója, amely azután nagyon sokáig tartotta magát. Ez a koncepció nagyon jól összefért az életöszön felfogásával, nem kellett megtagadni az élővilág alapvető viselkedési késztetését, csupán azt kellett magyarázni, miért függesztődik ez fel. A korszak még nem rendelkezett elég pszichológiai ismerettel ahhoz, hogy felismerje az elhárítást, az eltávolítást az életben maradt közléseiben, vagy megérezze, hogy a látszólag értelmetlen, hirtelen öngyilkosságok eseteit miért terjesztik olyan szívesen az emberek. Ilyen esetek főleg a múlt század során váltak nagy számban ismeretessé, többnyire felületes észlelést tükröztek, a mélység vonzását, az elrobogó vonat által keltett perverz ugrási vágyat stb. emelték ki, amelynek az egyébként egészséges ember áldozatául esett. Az öngyilkosságok ilyen értelmezésében nyilvánvaló ma már a távolító, kontrafóbiás mechanizmus. A pillanatnyi elmezavar kifejezést ma is gyakran használják, természetesen tudományosan a fogalom ma már nem elfogadható.

Az esetek nyomán azonban lassanként részletgazdagabbá vált a kép az öngyilkosság főbb okairól. Nemcsak a melankólia vált ismeretessé, hanem az elmebeteg bizzar félelmének, vitális *szorongásainak* szuicidogén hatása is, felismerték az öngyilkossági kísérlet teátrális eseteit, amelyet azután a *hisztéria* fogalmi kategóriájában tartottak nyilván. Leírták a *bosszú* mozzanatát, hiszen sok megsértett, elhagyott, megalázott ember valakinek a kertjében akasztotta fel magát, vagy valakinek a lakása emeletéről ugrott le. Nagyon sok eset volt, amelyben a már említett *elvárt vagy sugalmazott öngyilkosság* volt a központi motívum, pl. a becsület elvesztése, az anyagi csőd, a tönkremenés, a lányok esetében a kompromittálódás, a törvénytelen terhesség stb. mintegy kényszerűen vezetett a halálba való menekülés felé. Esetek világították meg az *idős-kori öngyilkosságokat*, amelyekben a magára maradás, a betegségek és a betegségekkel való elővételező, anticipált félelem játszik szerepet.

Mind nagyobb teret kaptak az öngyilkossági esetek a szépirodalomban, amely a művelt Európában a középkor végétől növekvő jelentőségű lett, szinte sajátos társadalmi intézménnyé vált, mely részt vett az emberek társadalmi és kulturális életérzésének formálásában (legalábbis a társadalom uralkodó

rétegeit és a szaporodó polgárságot, értelmiséget illetően). Az öngyilkosság korábban is megjelent mint tragikus végkifejlet, pl. mint kiúttalanságból való menekülés (a bibliai Saul király „kardjába dőlése”) vagy a bűnhődés eszköze rettenetes cselekedetek miatt (Médea öngyilkossága, aki megölte gyermekeit Jasonon kívánva bosszút állni), de a 18. századtól kezdve részletesen is leírták, az öngyilkos ember belső lelki folyamatait is próbálták tükrözni. Goethe könyve, „Az ifjú Werther szenvedései”, pl. máig is lélektanilag érvényesnek mondható dokumentum, amely önértékelési zavarban szenvedő ember reménytelen szerelmét és elkeseredését, majd halálát mutatja be. Már maga Goethe is szembetalálkozott azzal a ténnyel, hogy a megrázóan hiteles leírás másokat is öngyilkosságra serkent. Mint visszaemlékezéseiben írja, több barátját is elvesztette emiatt, volt, aki búcsúlevelében is hivatkozott a könyvre. A könyv nyomán megszorodó öngyilkosságok miatt Lipcsében, majd Amszterdamban megtiltották a kiadást, Milánóban pedig összeszedték és megsemmisítették a meglevő példányokat. Érdekes módon a későbbi irodalomban ritka az ilyen plasztikus öngyilkossági leírás, a téma maga gyakori, de az író is többnyire meghagyja az öngyilkosság körüli értetlenséget, bizonytalanságot, helyenként titokzatosságot, még ha a központi motívumra rá is mutat. Mindenesetre az irodalmi leírások hozzájárultak az öngyilkosság megismeréséhez, és tükrözik a közfelfogást a jelenséggel kapcsolatosan.

Az esetek elemzését *Durkheim* munkássága sokáig háttérbe szorította. Durkheim a kor statisztikai adataira támaszkodott, híres könyvében bőven fejtegeti, mennyire nem mérvadók az egyéni okok, ezeknek bizonyos szerepet csak az egoista öngyilkosságokban hagy meg, melyekben a menekülés tényezőjét hangsúlyozza. Egyébként az egyéni okokat csak járulékos elemeknek tekintti a nagy társadalmi erők befolyása mellett, különösképpen az anómia hatásai mellett (vagy az altruista öngyilkosságokban a szoros társadalmi kötelékek, a felfokozott csoportkohézió erői mellett). A pszichológiai megközelítés célszerűségét és érvényességét általában is tagadja. Szerinte az öngyilkosság a társadalmi patológia és nem a pszichopatológia részjelensége. Nyomában a gyakorisági adatok és a társadalmi-kulturális összefüggések kapcsolatára irányul a figyelem. Az öngyilkosság a szociológia témája lesz, és sokáig főleg az is marad.

Az esetek lényegében a mélylélektan megjelenése után válnak újra érdekessé. Ez nem véletlen. A mindennapi tudat szokott kategóriáiban ugyanis az öngyilkosságról többet aligha lehet megtudni, mint amennyit az elmúlt századok vizsgálódása feltárt. Új szempontok segíthetik csak a megértést, új szempontokat pedig csak a *pszichoanalízis*, ill. a *mélylélektan* hozott. A korai psi-

choanalitikus egyesület is foglalkozott már a diákok öngyilkosságával, amely időnként sajtótéma lett, és felborzolta a polgári kedélyeket. Később a büntudat, az önbüntetés, a levezethetetlen, ill. levezetetlen agresszió befelé fordulása vált fő magyarázó elvvé. Stekel korán állította, hogy az öngyilkosság valamilyen kapcsolat elvesztésével (a későbbi pszichoanalitikus nomenklatúra tárgyvesztésnek nevezi ezeket a helyzeteket) függ össze, amikor az egyén nem képes vagy nem akar élni a kapcsolat nélkül. Az öngyilkosságban elsősorban a benne introjektálódott kapcsolati partnert akarja megölni. Tétele szerint nincs öngyilkosság gyilkossági szándék nélkül. «MDNM» Később Freud a *halálöszönt* részben az öngyilkosság és az önpusztítás magyarázatára találta ki. E modellben az élethez kötő erők meggyengülése érthetően váltja ki a halálöszönt elszabadulását. Freud gondolatát *Menninger* vitte tovább, akinek 1938-ban megjelent könyvében központi gondolat, hogy az öngyilkosság csak egy, a dekompenzálódott, elszabadult halálöszönt megnyilvánulásai közül, vannak krónikus öngyilkosságok, amilyen pl. az alkoholizmus, amikor a személyiség fokozatosan kergeti önmagát a halálba. Mindezek a felismerések igazában esetek alapján születtek. Az eset a pszichoanalitikus közelítés nyomán vált igazán jelentőssé. Korábban az eset anekdotaszerű volt, felszínes „sztori”, amelyből csak néhány momentum emelkedett ki. A pszichoanalízisben az eset olyan, mint a regények emberábrázolása. Részletgazdag, bonyolult eseményekkel teli, történetiséget hordozó, továbbá természetszerűen elmentmondásos, mert a sok adat és összefüggés általában nem áll össze egységes képpé. «MDNM»

A pszichoanalitikus közelítésben fundamentális jelentőségű a feltevés, hogy az egyéni tudat nem adhat megfelelő magyarázatot a cselekvés indítékvilágára, ugyanakkor azonban ez a magyarázat a tudattartalmak és a különféle viselkedési megnyilvánulások vizsgálata alapján megadható. A tudatos én részben nem képes bizonyos információkat megadni, hiszen azok elfojtás alatt vannak, részben pedig öntudatlanul is nem akar felszínre engedni bizonyos gondolatokat, emlékeket, mert önmaga elől rejti őket. A pszichoanalitikus esettanulmány során ezért igen összetett élményrekonstrukció, nagyon finom motívumelemzés megy végbe. A pszichoanalízis tehát megteremtette az esettanulmány új módszertanát. Ám az öngyilkosság maga inkább a pszichoanalitikus esetelemzések perifériájára szorult, egészen a legutóbbi időkig meglehetősen kevés a pszichoanalitikus esettanulmány.

Érdekes, hogy *Adler rendszerében* az öngyilkosság nagyobb figyelmet kapott, és ezért lehet, hogy az individuál-pszichológiából eredően sok fejlődési vonulat indult el a második világháború utáni öngyilkosság-kutatásban. Míg a

pszichoanalízist valóban inkább a libidó folyamatai, a tünetképzés mechanizmusai vagy a terápia tényezői foglalkoztatták, Adler már korán az *énre* összpontosított. Ugyancsak esetek kapcsán felismerte a tiltakozás (a férfias tiltakozás – ahogyan ő nevezte) jelentőségét, rámutatott arra, hogy a helyzetével elégedetlen, sarokba szorult ember gyakran ad tiltakozó reakciót, „férfiasan” asszertív módon próbál fellépni, mégha ennek direkt vagy indirekt megnyilvánulása értelmetlen vagy destruktív is. Több tüneti állapotban, így az öngyilkosságban is e tiltakozás szerepét ismerte fel. Erről még a későbbiekben lesz szó. Könyveiben több illusztratív esettanulmányt is közölt.

A *húszas-harmincas évektől* kezdve az öngyilkossági kísérletek megszorodtak, és viszonylag sok adatgyűjtés, kutatás indult meg a túlélők kikérdezésével. Mintegy esetelemzések vizsgálatával próbálták meg tisztázni az öngyilkosság megkísérléséhez vezető motivációs folyamatokat. Ilyen könyv a második világháború után magyar esetekről is megjelent, Andics Mária tollából. Lényegében ugyanaz a közelítés valósult meg ezekben a gyűjtésekben, amit Gergely Mihály, „Röpirat az öngyilkosságról” című ismert könyvében is találunk (amely könyv – 1969-ben a Kortársban kétrészes tanulmány formájában jelent meg először – volt az, amely az öngyilkosság iránti hazai érdeklődést a művelt köztudatban és a szakemberek körében felélesztette). Az esetek általában egy-egy oki tényezőre éleződnek ki e leírásokban, aránylag gyakran tűnnek elő a környezet hibái, a család, a partner, a munkahely vagy különböző intézmények szerepe abban, hogy valaki a halálba kíván menekülni, ritkábban az öngyilkos saját problémás személyiségvonásai, gyengéi. Nem nehéz észrevenni az ilyen esetleírásokban az öngyilkossági kísérletek tendenciózus beszámolóját, azt, hogy nem a teljes valóság ismerhető meg a kikérdezéssel. Mégis ezek az eseti szintű közelítések nagyon fontosak voltak az öngyilkosság megismerésében, mert megvilágították az öngyilkossági eseményt körülvevő bonyolult interakciókat, az öngyilkos és a környezet viszonyának problémáit.

Ettől kezdve az öngyilkosság kutatásában az a szabályszerűség figyelhető meg, hogy az esettanulmányok a hipotézisalkotás eszközei. A sajátos megközelítés, a szuicidiummal kapcsolatos új szempont előbb esettanulmányokban bontakozik ki, gyakran egy-egy érdekes, kulcs jellegű eset adja az ötletet, azután a kor tudományos parancsának megfelelően nagyobb esetszámra kiterjedő vizsgálat lesz belőle, amelynek alapján megtörténik a koncepció tudományos leírása. A teljesség igénye nélkül és a részletes dokumentálástól eltekintve csak néhány jellegzetes példát érdemes megemlíteni. Az imént említett esetleírások fejlődését folytatva az egyéni beszámolók torzítását kiküszöbölendő

kezdtek bevonni az esetek részletes feltárásába a környezet fontos személyeit is. Meghaltak esetében csakis a környezet és a hozzátartozók beszámolóit alapján lehet rekonstruálni az eseményeket. Így alakult ki, hogy előbb esettanulmányokat kezdtek gyűjteni öngyilkosságokról, a hozzátartozók információi alapján (pl. így járt el Peter Sainsbury, ilyenfajta vizsgálatot az ötvenes évek végén már Cseh-Szombathy László is közzétett), majd Farberow, Shneidman, Littman és mások ebből kialakították az ún. „lélektani boncolás” eszközét, amelyben egészen „nyomozati” részletességgel rekonstruálták az öngyilkossághoz vezető utat. Az első érdekes eset után a módszer már önálló kutatási eszköz lett. Hasonló utat járt Robins és munkacsoportja, miután néhány esetben leírták, hogy az öngyilkosok először megpróbálnak jelzéseket adni környezetüknek, mintegy segélykérő módon, ha gyakran nem is direkt, hanem leplezett formában, elindult az öngyilkossági szándék kommunikációjának kutatása, megszületett a „cry for help” koncepció, vagyis annak feltételezése, hogy az öngyilkos megpróbál segítséget kérni, ill. gyakran maga az öngyilkossági kísérlet a kétségbeesett segélykérő gesztus. Robins máig is hű maradt az esettanulmányokhoz, most az a meggyőződése, hogy az öngyilkosság törvényszerű kapcsolatban áll a *depresszióval*, ezt 134 eset utólagos vizsgálatával bizonyítja, tehát olyan módszerrel, ahogyan egy negyed századdal korábban a szándék kommunikációját vizsgálta.

Lényegében esetek elemzése alapján született és később lett vizsgálat tárgya Ringel ismert felfogása a *preszuicidális szindrómáról* $\langle M \rangle$, amely szerint a pszichológiai folyamatok három jellegzetes változása (*perceptív és figyelmi beszűkülés, agressziógátlás, menekülés a fantáziatevékenységbe*) az öngyilkosság „végső közös útja”. E szindrómának, hasonlóan a segítségkérő kommunikáció koncepciójához a megelőzésben van óriási jelentősége. Esetek adták a kulcsot Kobler és Stotland vizsgálatában annak a megértéséhez, hogyan szaporodtak meg hirtelen az öngyilkosságok egy elmekórházban, amikor a személyzetten belül a viszony feszült lett. Esetek részletes leírása alapján tisztázták, hogy a személyzet néhány öngyilkossági krízisre és kísérletre túlzottan reagált, túlzottan próbált védekezni hasonló esetek előfordulása ellen, és ezáltal mintegy szuggerálta a betegeknek, hogy tőlük az öngyilkosságot várják el. Az ötvenes és hatvanas években számos hasonló esettanulmány látott napvilágot, ezekben sikertelenül kezelt, végül magukat megölő eseteket mutattak be, amelyekben a döntő mozzanat a kezelőorvos tudattalan elhárítása volt, mintegy feladta a beteget, elfogadta, hogy nincs más kiút, mint az öngyilkosság. Híres eset Binswanger „Ellen West” nevű betege, akit Binswanger – egzisztencialista filozófiai alapállásából kiindulva – hagyott meghalni, mert sor-

sát reménytelennek érezte. Ez az eset sok vitát váltott ki, Binswanger leírásából kitűnik, hogy a beteg férje szinte terelte a beteget az öngyilkosság felé, és ebben a folyamatban a terapeuta akaratlanul is a kezére játszott. Bár napjainkban is sok esetleírás jelenik meg az öngyilkosságra való szubtilis interperszonális kényszerítésről, a mindennapi gyakorlatban is találkozunk a jelenséggel, hogy a család vagy a partnerkapcsolat mintegy feladja a beteget, és szinte sugalmazza számára az öngyilkosságot. A megfelelő család- és páratológiai összefüggésekről keveset tudunk, az ilyen helyzetek terápiás megoldásában is próbálkozásokra vagyunk utalva. Az esetleírás e téren tehát még ismereteink adott szintjét tükrözi, nem marad el amögött. «MDNM»

Az öngyilkosságra való rejtett felszólítást és a környezet tudattalan cinkosságát szép esettanulmányokkal illusztrálja Alvarez, az angol „Gergely Mihály”, aki ugyancsak íróként és a saját öngyilkossági krízisei nyomán kezdett érdeklődni az öngyilkosság iránt. Az ő esettanulmányai különösen szépen mutatják, hogy milyen nagy szerepe van az öngyilkosság lélektanában a *kockázatkeresésnek*, a szerencsejátékszerű kockáztatásnak. Ennek néha a megmenekülés a vége, ezt Lester esettanulmányai mutatják, máskor viszont aránylag gyenge meghalási szándék mellett tragikus a játék vége. Alvarez megrázó esettanulmányban írja le az amerikai költőnő, Sylvia Plath halálát, amely ilyenfajta kockáztatás következménye. A kockáztatás pszichológiájáról sem tudunk sokat, esettanulmányokból sejthető, hogy a megmenekülés, az életben maradás sokszor igen mélyrehatóan megváltoztatja a személyiséget és csökkenti a későbbi öngyilkosságveszélyt, a személyiség ezekben az esetekben mintegy kihívta maga ellen a sorsot, megbűnhődött, vezekelt, módot kap az újrakezdésre. Mindezt az életben maradottaktól lehet megtudni, empátiás megértés és rekonstrukció révén.

A kockázatkeresés mozzanata még inkább alátámasztja az öngyilkosság megelőzésében gyakran hangsúlyozott tényt, hogy minden öngyilkossági kísérletet komolyan kell venni, potenciális halálosnak kell tekinteni, még ha az időzítés vagy a választott módszer miatt az önkárosítás nem nagy, vagy nem tűnik veszélyesnek.

Esettanulmányok adnak általában ösztönzést bizonyos célzott etiológiai vagy patogenetikai összefüggések rendszerezett vizsgálatára. Ezek az összefüggések gyakran jelentősek a további kutatás vagy a megelőzés szempontjából. Mint említettük, régen megfigyelt tény, hogy egyes öngyilkosságok *utánzásra* csábítanak. A magyar nyelvű orvosi irodalomban is van leírás pl. arról, hogy egy-egy szokatlan öngyilkossági módszer valóságos „divatot” teremt, így pl. egy Fejér megyei „újítás”, öngyilkosság a nagyfeszültségű vezetékekre

dobott drót segítségével (a drótra követ kötött az öngyilkos) rövid idő alatt kb. 20 utánzóra talált. Sztárok és neves közéleti személyiségek öngyilkossága után általában többen követnek el öngyilkosságot, így pl. Marilyn Monroe halála a fiatal nők között kisebbfajta járványt indított el. Az ilyen utánzási események nyomán kezdtek el rendszeresen vizsgálni az öngyilkossági hírek és eseménybemutatók hatását. Egyértelműek az eredmények, hogy a tömegkommunikáció szuicidiumra vonatkozó közleményei növelik az öngyilkosságok és a kísérletek számát (1986-ban a Német Szövetségi Köztársaságban Schmidtke, Amerikában Phillips és Carstensen, valamint Gould és Shaffer bizonyították ezt be nagyobb statisztikai elemzések alapján). Egyelőre nem ismeretesek e téren a pontos szabályszerűségek, de nyilvánvaló, hogy az öngyilkosság kulturális transzmissziójában kell lenni mintaközvetítésnek, utánzásnak, erre vonatkozóan sok elmélet és spekuláció van, de korszerű vizsgálat nincs. Öngyilkossággal foglalkozók nyilván eseteik alapján tartják valószínűnek a mintakövetés szerepét.

Az öngyilkossági kísérletek eseteit is lehet újszerűen vizsgálni és értelmezni, erre Linden kutatása ad példát. Ő arra figyelte fel, hogy sok feszült, depri-mált ember hirtelen határozta el magát az öngyilkossági cselekményre. Néhány eset elemzéséből megállapította, hogy az *eszköz megpillantása* volt az, ami a szándékot mintegy kikristályosította, az elhatározást megérlelte, ezt azután nagyobb felmérésben is tudta igazolni. Felismerése adalék ahhoz a gondolati vonulathoz, amely az öngyilkosságra alkalmas eszközök kontrollját tartja fontosnak. Hasonlóan ehhez, Wedler öngyilkossági kísérleten átesett betegek kezelésének esettanulmányai alapján jött rá, hogy az Adler által tiltakozásnak nevezett lélektani mozzanatot komolyan kell venni, az öngyilkossági cselekmény lényegében a személyiség kétségbeesett kísérlete arra vonatkozóan, hogy saját sorsát kezébe vegye, hogy megoldjon valamilyen központi életproblémát. A cselekményben kifejeződik a döntés, hogy így nem akar élni tovább, ez az élethelyzet a számára elfogadhatatlan. Ezt a *döntést el kell fogadnia* annak, aki az öngyilkossági kísérletet tett vagy szuicidiumra készülő embernek segíteni akar, mert enélkül nem jöhet létre megfelelő kommunikációs kapcsolat. Wedler megfigyelései aláhúzzák az öngyilkosellátás régi tapasztalatát, hogy az öngyilkosságveszélyes embert nem lehet vigasztalni, nem érdemes lebeszélni, meggyőzni, mert ebben a lelkiállapotban az érvek hatástalanok. Legalább átmenetileg el kell fogadni az ő álláspontját, helyzet-definícióját ahhoz, hogy segíteni lehessen neki. Ha ugyanis elfogadjuk, hogy az élet így tűrhetetlen és elviselhetetlen a számára, akkor van mód valamilyen más megoldást keresni, míg az teljesen zsákutca, ha a helyzet elviselhetőségét

bizonygatjuk vagy a viszonyok további elvállalását javasoljuk. Adler nemcsak Wedlert szennitizálta, Ringel is adleriánus, a preszuicidális szindróma elméletében – bár abban elsősorban pszichodinamikus, pszichoanalitikus szemlélet tükröződik – felismerhetők Adler gondolatai is. A német nyelvterületen működő öngyilkossággal foglalkozó és megelőzési szakemberek között sokan vannak, akik az individuálpaszichológia felől indultak el.

Két érdekes gondolkör esettanulmányi eredetét érdemes még kiemelni (különben a sort tetszőlegesen nagy számú példával folytathatnánk). Egyik Henseler pszichoanalitikus vizsgálata. Pszichoanalitikus pszichoterápiás tapasztalatok, klinikai munka kapcsán öngyilkossági krízisben levő emberekkel megfigyelte, néhány részletes esettanulmány mutatta ezt meg neki, hogy az öngyilkossági cselekmény mindig valamilyen *narcisztikus sérelemmel* vagy *meghiúsulással* áll kapcsolatban. A pszichoszexuális identitás, a saját én interperszonális értékével, elfogadásával, befolyásával kapcsolatos félelmek jelentik azt a problémakört, amelyben a lényeges pszichodinamikai tényezők rejlenek. E területen van konfliktus, ellentmondás, itt van a sérelem és a meghiúsulás, amely az öngyilkossági cselekményt kiváltja. Ezt a determinációs szintet gyakran elfedik életproblémák és külső okok, amelyek hivatkozási alapot jelentenek a páciens és a környezet számára az esemény magyarázatában. Henseler szerint azonban a segítség csak a narcisztikus problematika kezelésén át lehetséges. Henseler közel jut Wedler felfogásához (ill. hasonlít Wedler elméletéhez, ugyanis Henseler kezdte előbb vizsgálatait), ő is azt hangsúlyozza, hogy az öngyilkosság kétségbeesett és destruktív helyzetrendezési kísérlet, a személyiség önmaga becslése, önértékelésének helyreállítása érdekében próbál menekülni a lehetetlenné vált élethelyzetből. A Henseler-féle narcisztikus kríziselmélet nagy segítség ma az öngyilkosság-megelőzésben, mert egy sor összefüggést tesz koncipiálhatóvá, amely az esetek felszínes elemzéséből nem ismerhető könnyen fel. Henseler vizsgálatát a pszichoanalitikus irányzat legeredetibb hozzájárulásának tekinthetjük az öngyilkosság fel-tárásaihoz.

A másik gondolkör több szakember esetelemzéseiből bontakozott ki. Douglas már a hatvanas évek elején felfigyelt arra, hogy *az öngyilkosság nem egységes viselkedésforma*. Már Durkheim is megkülönböztette néhány fajtáját. Douglas szerint minden öngyilkosságnak sajátos jelentése van az egyén és a szociális környezet vonatkoztatási rendszerében. Valamilyen funkciót tölt be. Nem egyszerűen reakció vagy dezintegrációs jelenség. Attól függően, hogy milyen jelentési típusokba oszthatók az öngyilkosságok, különböző módon kellene kutatni őket. Ez a posztulátum egyelőre nem valósulhat meg, a ha-

gyománys szociológiai módszertan együttesen kezeli az öngyilkossági haláleseteket. Pedig különböző öngyilkossági motivációs és lebonyolítási algoritmusok a klinikai tapasztalatból is következnek. Szélsőséges esetek leírásán át Farberow és Schneidman a rejtett öngyilkosságok különféle fajtáit tudta valószínűsíteni. Sok embernek van ugyanis módja arra, hogy ne nyílt öngyilkossági cselekvéssel vessen véget életének, hanem elindítson valamilyen, halálhoz vezető folyamatot vagy siettesse betegségek lezajlását, súlyosbodását. Ezek a megfigyelések az öngyilkosság sajátos jéghegyszerűségét mutatják. Nemcsak az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkossági ideáció rejtett háttere fontos tehát a kutatásokban, hanem a larvált és analóg formák halmaza is. «MDNM»

Mindkét gondolkörben igen összetett szabályszerűségekről, jelenségekről van szó, ezek egyszerű empirikus kutatása a szokott pozitivist szociológiai vagy pszichológiai módszertan segítségével nem is lehetséges. A vizsgálható tényezőkre való felbontás ezeket az összefüggéseket jóvátehetetlenül szétszakítja. Márpedig csakis ebben a nagyságrendben férhetünk hozzá a megelőzés szempontjából lényeges ismeretekhez vagy a kezelés számára igényt mutató elvekhez. Itt tehát az esettanulmány meghaladja a tudományos kutatás szokott metodikáját. Míg korábban az eset inkább ötletadó és hipotézisgeneráló volt, várható, hogy a közeljövőben tudományelméleti váltás fog bekövetkezni, az esetek mindinkább teret kapnak, a komplex faktoriális mintázatok vagy folyamatalgorithmusok elvonatkoztatásán át vezet a fejlődés további útja. Ilyen módon pedig az eset teljes részletességében válik fontossá, hasonlóan ahhoz, ahogyan a terápiában vagy a közvetlen megelőzési munkában érdekes. Számos ismeretelméleti alternatíva alakult ki ma a társadalomkutatás, az emberi viselkedés elemzése számára a logikai pozitivizmus hagyománya mellett (fenomenológiai módszer, hermeneutika, etnometodológia, etogenia stb.), amely igyekszik empirikus bázisú maradni. Kínálkozik tehát az a megoldás, hogy a részletes esetelemzés ne legyen csupán mellékút vagy előfázis a kutatások számára, amelynek lényegesebb felismeréseit azután standardizált módszerekkel és nagyobb számú populáción vizsgálják felül, hanem kapjon nagyobb hangsúlyt, kerüljön jobban reflektorfénybe. Henseler, Wedler, sőt, tulajdonképpen Ringel tapasztalatanyaga már szorosan kötődik az esetekhez, ezeknek individuális arculata is megmarad (nem véletlen, hogy Henseler mind az ötven vizsgált eset részletes paramétereit is megadja).

Ha ez az episztemológiai váltás valóban végbemegy, a súlypontjában szociológiai és statisztikai vált öngyilkosságkutatás visszatér a klinikumhoz, a segítő és személyiségfejlesztő kapcsolatok nagyságrendjéhez, és akkor az

élettörténetet és az emberi viszonylatokat megértő és rekonstruáló módszer válik újra irányadóvá. Az így szerzett tapasztalat esettanulmányban mutatható be, mert ezen a jelenségszinten már kevés az, ha valamilyen objektivált viselkedési megnyilvánulást egyszerűen korreláltatunk teszteredménnyel vagy anamnesztikus adattal. E váltást késleltetheti, hogy a biológiai pszichiátriai közelítésmód növekvő befolyása miatt az öngyilkossági kutatásban a szociológiaiainál is nagyobb fokú redukcionizmus válik uralkodóvá. Genetikai, biokémiai tényezők, nozológiai besorolások lesznek fontosak az oki kutatásban, a kezelésben és a megelőzésben pedig különböző gyógyszerelések. Bizonyos, hogy a biológiai rendszerszint is fontos szerepet játszik az öngyilkosságban, helyes, ha a kutatások ezt is feltárják, de az elsődleges meghatározók mégis inkább a személyiség, a szocializáló és lélektani életkeretet adó társkapcsolatok és az ezek összefüggésében kibontakozó élettörténet szintjén keresendők. Ha nem így van, az esettanulmányok jelentősége elhalványul, hiszen akkor a szomatikus betegségekhez hasonlóan néhány faktor és néhány szabályszerűség egyedi variációja lehetséges, az esetben nem marad különösebb érdekesség, a klinikum élesen elkülönül a kutatástól. A vázolt fejlődés is arra mutat azonban, hogy ez nem fog bekövetkezni, legfeljebb valóban késésről, átmeneti kitérőről lehet szó tudományos divatok és konjunktúrák hatására.

Újabb kommunikációs technikák az öngyilkossági krízisek megközelítésében

(Wedler, Beck és mások módszertani
újításai nyomán)

Az öngyilkosság érdekes és különös probléma abból a szempontból, hogy alig van még egy emberi jelenség, amelyet ennyit vizsgáltak, kutattak volna és amelynek lényege ennyire rejtélyes maradt volna. A szakirodalom volumene és az adatok, elemzések óriási száma ellentétben áll azzal, hogy az öngyilkosságról valójában nagyon keveset tudunk. Már a húszas években sokezer címet tartalmazó bibliográfiák jelentek meg, a negyvenes-ötvenes években Európában is és az Egyesült Államokban is igen sok pénzt fordítottak kutatásra, és ehhez képest az eredmények viszonylag csekélyek. Néhány tapasztalat, vizsgálat kiemelkedik a kutatások és a közlések tengeréből, ezek valóban irányjelzők az öngyilkosság-megelőzés gyakorlata számára is. Ilyen volt *Ringel* preszuicidális szindróma elnevezésű koncepciója, amely az öngyilkosság előtti lelkiállapot pszichodinamikáját rajzolta meg, ilyen volt az öngyilkossági szándék kinyilvánítási tendenciájának felismerése és a „cry for help” jelenség, vagy *Farberow és Shneidman* leírásai az öngyilkosságok larvált formáiról és a menekülési motívum központi jelenségéről (vagyis, hogy az öngyilkos nem meghalni akar, hanem kimenekülni szeretne valamilyen elviselhetetlen élethelyzetből) stb. Mindezek az ötvenes évek fejleményei voltak. A hatvanas években kevés új felismerés született, a szuicidium szempontjából ez az évtized inkább a samaritánus mozgalom kibontakozásának és a telefonszolgálatok elterjedésének időszaka volt.

A hetvenes évektől számos egészségtelen áramlat is felszínre került a kutatásban, pl. a leegyszerűsített nosológiai szemlélet (az öngyilkosság és öngyilkosságveszély betegségelvű – pl. depresszióra hivatkozó – magyarázata) vagy az empirikus mikrováltozók korrelációira beszűkülő kutatókedv (pl. teszteredmények, élettörténeti vagy anamnesztikus résztényezők és körülírt viselkedési megnyilvánulások korrelációi; a mai szakirodalom többsége csak ezt tartalmazza).

Mégis ez a kb. 1970-től terjedő időszak az, amit a közvetlen közelmúltnak lehet tekinteni és aminek eseményeit újabbnak kell tekintenünk. A kutatás-

ban ugyanis legalább 4-5 év távlatára szükség van, hogy valaminek megállapíthassuk a jelentőségét, érvényét. Ebből a korszakból is származnak jeles felismerések, amelyek a gyakorlat számára fontosak lehetnek, ezek azonban még tankönyvbe, kézikönyvbe nem mindig bekerült ismeretek, ezek még nem közkincsei az öngyilkossággal gyakorlatban foglalkozóknak, ezeket tehát érdemes külön is kiemelni.

A gyakorlat szempontjából ennek a korszaknak négy fontos fejleménye volt. Egyik *Henseler* elmélete a nárcisztikus sérelemről és nárcisztikus krízisről az öngyilkosságban, a másik *Phillips* és tanítványai, illetve munkatársai (pl. *Bollen*), majd követői (pl. *Welz*) az öngyilkosságban megnyilvánuló utánzási mechanizmusokról, a „Werther-effektusról” kialakított felfogása, a harmadik *Beck* és munkatársai (különösen a magyar származású *Maria Kovacs*) vizsgálatai az öngyilkossági motivációk összetételéről és konstellációiról, ezen belül a reményvesztés tényezőjéről, a negyedik pedig *Wedler* és teamje megfigyelései az öngyilkossági döntés én-, illetve identitás-összetartó szerepéről.

Mind a négy fejlemény azért lényeges az öngyilkosságmegelőző gyakorlat számára, mert – ellentétben a már említett mai leegyszerűsítő, mikrofaktoriális és túlegyszerűsítő tendenciával – az egész személyiség és az identitás szintjén próbál közelíteni az öngyilkossági cselekményhez.

Talán csak *Phillips* és irányzata kivétel az elől, mert ez nagyon szigorú empirikus vizsgálati rendszert feltételez, de ugyanakkor az itt kialakuló képet a kutatók nem általánosítják, nyitott módon kezelik és ezáltal mindenféle elméleti építménybe beilleszthetővé válik. Mind a négy ismeretkör az öngyilkossággal kutatás korábbi fejlődési vonalait folytatja, így *Phillips*ék kutatási ágazata is és ebben a kontextusban a Werther-effektus egyszerű modellje bemutatja, hogyan szervül, introjektálódik az öngyilkosság, mint élethelyzeti „megoldó-képlet” és mi lehet az öngyilkossági viselkedésminta kulturális transzmissziójának fő eleme.

Az egész személyiség szintjén történő értelmezés az a nagyságrend, amelyben a terapeuta vagy a telefonos segítő gondolkodik, amelyben a páciens, a kliens, a hívó, vagy általában a hatókörébe kerülő öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett ember problémáit koncipiálni lehet. Ebben a nagyságrendben az új fejlemények nem a személyiséget ért stresszekre és traumákra irányítják a figyelmet, nem a személyiség defektusaira, zavaraira, esetleg megbetegedéseire, hanem arra a dinamikus folyamatra, ahogyan az én szervezi a szociális és interperszonális viselkedést, ahogyan az ember előrevetíti önmagát az időben, anticipálja az elkövetkező időt és eseményeket. E folyamat-

ban valamilyen egyensúlyt kell fenntartani és ezt az egyensúlyt az énkép, az önértékelés, az identitás (mint az élettörténetet és az élethelyzetet értelemteljes egységbe szervező dinamikus struktúra) tartja fenn. A folyamat és az egyensúly egyszerre tudatos és tudattalan, közvetlen kérdésekkel nem tárható fel, csak empátiásan lehet megérteni, és a megértés az öngyilkosság előtti állapot érzelmi viharában és ambivalenciájában általában nehezített.

A gyakorlatlan segítőt félrevezetik az előtérben tartott objektív problémák, konfliktusok, a személyiségműködés zavarai. Az új fejlemények éppen abban segítenek, hogy az empátiás megértés irányait, vágányait jelöljék meg, s olyan kulcsproblémák iránt érzékenyítik a segítőt, amelyet a terápiás kommunikáció fókuszába kell venni.

Mint a pszichoterápiás munka szupervíziójában is, úgy az öngyilkosságveszélyes emberekkel felvett video vagy magnetofonfelvételeket, pl. a telefonos elsősegélyszolgálat munkájának hangszalagos rögzítése is gyakran tapasztalható, milyen könnyű elmenni a lényeges pszichológiai kérdések mellett, hányféle fokozata van a terápiának a teljesen „placebo-beszélgetéstől” a nem specifikus hatáselemek különböző intenzitású érvényesítésén át a valóban fokális, néha dramatikus, az öngyilkosság veszélye esetén életmentő terápiás ülésig. Erickson és más terapeuták példáiból tudjuk, hogy az igazán értő és hatékony terapeuta kezében az egyszeri találkozás is gyökeres változást, akár teljes tüneti gyógyulást vagy életformaváltást is eredményezhet.

Az öngyilkossággal kapcsolatos említett négy fejleménye magában rejti azt a lehetőséget, hogy az empátia segítségével valódi krízismegoldást érhetünk el.

Henseler elmélete

Henseler (1974) öngyilkossági kísérleten átesettek pszichoanalitikus explorációja során ismerte fel, hogy az öngyilkosságot, illetve annak kísérletét általában valamilyen specifikus sérelem előzi meg. Ez a sérelem a környezet, sőt, gyakran a segítő számára is triviális, érthetetlen.

Főleg abban a minőségében érthetetlen, hogyan indíthat el ilyesmi öngyilkossági cselekményt. Magával a sérelemmel lehet empatizálni, hiszen ilyesmi mással is megtörténik, csak ennek súlya nem világos. Ehhez a személyiség sajátos kontextusa kell. E kontextusra pedig az a jellemző, hogy a személyiség valamely életszférát különleges jelentőségűvé tett magában, narcisztikus energiáit ide sűrítette. E terület fejlődéslélektanilag általában ellentmondásos és fejletlen, a narcisztikus megszállásnak itt reparatív és erősítő szerepe van. Azokat az élményeket, amelyek e fontos életszféra identitásbeli leképződését megkérdőjeleznék, a személyiség hosszú ideig ki tudja szabályozni, különbö-

ző védekező mechanizmusok segítségével. Bizonyos élmények azonban – szimbolikus tartalmuknál fogva – áttörhetnek a védőfalon, és a különlegesen gyenge pontot sérthetik, szétzilálják a narcisztikus énképet és ezzel szinte a talajt húzzák ki az ember lába alól. Ennek nyomán depresszív reakció, preszucidális szindróma indulhat meg. Henseler három jellegzetes életszférát talált, amelyben másoknak gyakran jelentéktelen narcisztikus sérelem öngyilkossági krízist válthat ki. Egyik terület a pszichoszexuális identitás, a férfi vagy a női szereppel való azonosulás, a másik a hatalom és a szociális érték, a harmadik az elfogadás az emberi kapcsolatokban. Ezek közös töről fakadnak, csupán azért érdemes külön említeni őket, mert három – főleg fejlődéslelektanilag jelentős – élettematikát reprezentálnak, a pszichoszexuális identitás és élettörténeti korszakváltások jellegzetes csomópontját jelenti, a hatalom és a szociális érték a teljesítményelvű túlkompenzálás vetületét, az elfogadás pedig a főbb emberi kapcsolatok világát, amelyben az elfogadás igen lényeges támasz.

Az öngyilkosságveszélyes emberekkel foglalkozók e tematikára könnyen ráismerhetnek. Igen gyakori pl. a telefonos munkában is a pszichoszexuális identitás krízise, pl. homoszexuális vagy homoszexualitástól féltő fiatal férfiakban, a változó korba került nők típusos krízise, a hirtelen elhízás vagy testi deformitás (pl. mammaműtét) narcisztikus krízise. De gyakori a teljesítési képesség megropppanásával vagy elértéktelenedésével kapcsolatos krízis is, pl. a nyugdíjazás utáni dekompenzáció, a szociális megszégyenülések, a vállalkozási kudarok, az életnívó-csökkenés krízisei.

A párkapcsolati vagy családi konfliktus pedig az elfogadást rendíti meg, csak úgy mint az elfogadás feltételeinek eltűnése a partner (szülő, gyermek stb.) halála vagy betegsége miatt. Jellegzetesek a családjuktól függő idős emberek krízisei, mert szinte mindig valami banális veszekedés vagy néhány rossz szó után következik be az öngyilkossági kísérlet, szinte soha sem találkozzunk valami dramatikus okkal, valami „halálbakergetéssel” (ezt legfeljebb öngyilkossági eseményekkel foglalkozó újságcikkek szokták említeni). A narcisztikus krízis persze a jéghegy csúcsa, ez alatt bonyolult szerkezet húzódik, élethelyzet, életperspektíva, élettörténet stb. A legtöbb öngyilkossági krízisben keverednek is ezek a tematikák, pl. a párkapcsolati konfliktusban az elfogadási igény frusztrációja általában együtt jár a pszichoszexuális identitás zavarával, az önértékelési krízisben az elfogadás hiánya is jelentkezik stb.

E tematikákról a hívó vagy a páciens általában beszél, de töredezett, kódolt formában, ha ezekre a segítő célzottan tud rezonálni, akkor könnyen felszabadnak a zsilipek, előtörnek az emóciók, elérhető valamilyen katartikus hatás,

Újabb kommunikációs technikák az öngyilkossági krízisek megközelítésében

és megkezdődhet valamilyen kognitív munka, tényleges krízisintervenció. A segítő gyakorlatból jól ismert, hogy az öngyilkossági motivációk töltése így levezethető, az öngyilkossági „megoldóképlet” kötését, bővölését fel lehet oldani.

A beavatkozás az öngyilkossági folyamat szempontjából időt nyer és sehol sem annyira igaz a mondás, hogy idő nyérése életet jelent, mint az öngyilkosság-megelőzés területén.

A Henseler-féle koncepció segítségével meg lehet sejteni a cselekmény vagy az érzelmi, indulati állapot idioszinkratikus értelmét a másik emberben. Az empátia célzott és mélyült lehetősége nyílik meg ezáltal. A narcisztikus sérelem tehát mintegy hermeneutikus kulcs lehet a segítő számára.

Werther-effektus és utánzás az öngyilkosságban

Az utánzás tényezője már régen ismert az öngyilkosságban. Phillips és mások azonban azt bizonyították be, hogy ennek önálló súlya is van (Phillips 1974, 1979, Bollen, Phillips 1982, Welz, Möller 1984). A tömegkommunikációban tükröződő öngyilkossági események kétségtelenül utánzásra serkentenek, megszorítják a halálos végű és a kísérlet jellegű öngyilkossági cselekmények számát, mégpedig éppen abban a társadalmi konstellációban élő emberek között, amelyben a híressé vált öngyilkos élt. Fiatal lányok öngyilkossága elsősorban más fiatal lányok körében vált ki utánzást, idősek szuicidiuma idősekre hat és így tovább. A Werther-effektus lényege éppen az volt, hogy már Goethe könyvének megjelenése után is megfigyelték, hogy a reménytelenül szerelmes fiatal férfiak nagy számban vették át Werther példáját és menekültek a halálba. A jelenségről sok megfigyelés volt Magyarországon is, az ötvenes évek végén Fejér megyében volt sajátos öngyilkossági járvány, amelynek során fiatal parasztemberek ölték meg magukat áramütéssel, ismert volt Balatonszárszó vasútállomásának vonzása a meg nem értett fiatal művészekre, a társadalom által sarokba szorított ambiciózus férfiakra (József Attila példája itt B. Nagy László és Latinovits Zoltán lelke halálát, sok más, kevésbé ismert értelmiséggel együtt), majd pedig Domján Edit halála váltott ki öngyilkossági hullámot a negyven év körüli nők között. Mindeddig azonban nem sikerült bizonyítani, hogy nem csak véletlen vagy látszólagos egybeesésekről volt szó, nem az történt-e, hogy amúgy is öngyilkosságveszélyes emberek csupán felkapták a tömegkommunikáció által kínált motívumot és erre hivatkoztak. A vizsgálatok igen alapos módszertani felkészültséggel mutatták ki, hogy a tömegkommunikáció által bemutatott modell számos krízist, konfliktust, frusztrációt és narcisztikus sérelmet önállóan is az öngyilkosság felé terelt.

Újabb kommunikációs technikák az öngyilkossági krízisek megközelítésében

Ezt újabban Schmiedtke (1986) is bizonyította. Welz és munkatársai azt igazolták, hogy a közösségeken belül is hasonló folyamat zajlik, az öngyilkossági esemény az ismerősök és szomszédok kis körében hat ilyen modellként. Kiváltképpen a családtagok példája ragadós.

A felismerés jelentősége, hogy a javarészt tudattalan modellhatások gyakran explorálhatók és ha a segítő beszélgetésben sikerült megragadni ilyen modellhatás valamilyen szálát, a mással történt esemény, a más öngyilkossága és az öngyilkossággal kapcsolatosan percipált élethelyzete érthetővé teheti a hívó vagy a páciens problémáját.

A reménytelenség és az öngyilkossági motivációk szerkezete

Aaron Beck és munkatársai, köztük Maria Kovacs a kognitív pszichológia jegyében a hatvanas évek eleje óta foglalkoznak depresszió- és öngyilkossággal kutatással.

A Beck-féle kognitív terápia azokban az öngyilkossági krízisekben lehet hatékony eljárás, amelyekben a depresszió áll előtérben és az életesemények percepciója következetesen úgy torzul, hogy mindig a negatív énkép erősödik meg. A kognitív terápia ezt a folyamatot tudatosítja és ezt fordítja vissza (Beck és munkatársai 1979, 1981). A kognitív teória jegyében találták meg azt a szabályszerűséget, hogy a reménytelenség tudata az öngyilkossági krízisben a cselekmény legjobb prediktora (Beck, Kovacs, Weissman 1975). Ez a felismerés nagyon egybeesik Henseler felfogásával, hiszen az egész személyiség síkján az ember legfontosabb mentális tevékenysége a jövőre irányultság, és a jövő dimenziója nélkül a narcisztikus sérelem hatása még kevésbé érthető. A sérelem éppen a jövő vállalásának biztonságát rendíti meg, azt a támaszt billenti ki, amire az életstratégia alapul. A jövő várható kellemetlenségei és megghiúsulásai azok, amelyek elől az öngyilkos leginkább menekülni szeretne. A jelen bajai általában csak e jövőbeli szenvedések elővételezése az öngyilkos számára, aki ezeket a bajokat önmagukban gyakran még el tudná vállalni, de ezek progressziójától tart.

Beckék érdekes vizsgálatokat végeztek az öngyilkossági motiváció összetevőivel kapcsolatosan is. Módszert alakítottak ki az öngyilkossági szándék erősségének mérésére (Beck és munkatársai 1976). Az öngyilkossági motivációban az előkészítés jellege és mértéke, az öngyilkossági cselekmény biztosításának mértéke és a meghalás elhatározottsága lényeges. Mint ismeretes, a kísérletek nagyobb részében ezek az összetevők gyenge intenzitásúak, a kísérletet tevő nem fordít gondot az előkészítésre (gyakran éppen arra irányulnak az erőfeszítések, hogy a használt módszer ne legyen halálos), elhanyagol-

ja a szituáció bebiztosítását (vagy éppen gondot fordít, hogy időben megtalálják és megakadályozzák a tettét) és hiányzik a meghalás eltökéltsége (noha a halál képze az, amely a menekülés lehetőségét kínálja). Beckék vizsgálatai a motivációkkal kapcsolatosan azért jelentősek, mert a részmotivációk és intenciók konstellációiból olyan modell áll össze, amely minden öngyilkossági cselekményt azonos elv szerint, egységben képes értelmezni. Ez a gondolati modell feloldja a „sikeres” öngyilkosság és a „paraszuicidium” ellentmondását, ami az öngyilkosság-megelőzési munkában és különösen a telefonos segítségnyújtások társadalmi értékelésében nagyon zavaró volt. Beckék modellje alapján az az összefüggéssorok folyamatosak. Nagy jelentőségű, hogy az öngyilkossági kísérletek között különválasztható egy csoport, amely azonosnak vehető a halálosvégű öngyilkossági cselekmények csoportjával, így tehát a fatális öngyilkosság, az „igazi” öngyilkosság is megközelíthető túlélők pszichológiai vizsgálata segítségével.

Az öngyilkosság mint éntegrációs próbálkozás

Hans-Ludwig Wedler és munkatársai, különösen C. Kallenberg (1983) pszichológus az öngyilkossági cselekményt kommunikációként értelmezik, amelynek számos funkciója és vonatkozása van (Wedler 1984). Fontos funkciója a kapcsolati kommunikáció, de van intrapszichikus vetülete is, az én kommunikál önmagával, valamilyen kétségbeesett és reménytelen helyzetben, a narcisztikus sérelem nyomán megpróbálja önmagának értelmezni a helyzetet.

Amint Adler már korábban kifejtette a „férfias tiltakozás” (männlicher Protest) koncepciójában, számos magatartásformának az a lényege, hogy a személyiség önmaga számára akarja megmutatni, hogy bizonyos helyzeteket nem akar elfogadni, még ha az elfogadás lenne a célszerű és a racionális is, úgy az öngyilkossági cselekmény is gyakran annak a leszögezése, hogy az adott élethelyzetet a személyiség tűrhetetlennek, identitásával és projektált életperspektívájával összeegyeztethetetlennek tartja. Ilyen módon az öngyilkossági cselekmény a széteső, az életesemények felett kontrollját elvesztő én és identitás integrációs kísérlete. Ha az öngyilkosságveszélyes ember vagy az öngyilkossági kísérleten átesett páciens eme alapvető törekvését a segítők nem értik meg, nehéz vele kommunikálni. Az öngyilkossági krízisben nehéz elfogadni ésszerű érvelést, vigasztalást, sajnálatot vagy pszichopatologizálást (az öngyilkos viselkedés áthárítását betegségre vagy kóros lelkiállapotra), hiszen nagyonis tudatos és szándékos cselekményről van szó, amelyet a személyiség elvállalt, sőt az ismert módon mindig jelenlévő, élethez kötő ellenmoti-

vációk dacára mintegy kikényszerített magából. Hibás és kis hatásfokú tehát minden más kommunikáció az öngyilkosságveszélyes emberrel, mint ami elfogadja a személyiség öndefinícióját az élethelyzetről és először belemegy abba az értelmezésbe, amit az öngyilkosságra készülő vagy azon átesett ember önmaga számára kidolgozott. Ha ezt a kommunikációs hullámhosszat nem veszi fel a segítő, nehezen tud közel férkőzni a krízisben lévőhöz, és ismét nagy a veszélye annak, hogy nem a lényeges, nem a determináns lelki tartalmak kerülnek a segítő tranzakció fókuszába. A személyiség saját helyzetdefiníciójának elfogadása lényegében együtt jár a narcisztikus sérelem megértéséhez szükséges empátiával, tehát ugyanaz a lelki reakció kell hozzá a segítő részéről, és összefügg a jövődimenzió értékelésének megragadásával. Henseler, Beck és Wedler tehát lényegében azonos jelenséget boncolgat, csak más oldalról és más kontextusban. Talán a gyakorlati öngyilkosság megelőző munka szempontjából Wedler munkája a legfontosabb. Talán nem véletlen, hogy Wedler az, aki leginkább a gyakorlatban tevékenykedik és legkevésbé kutató, vizsgálati terepe a darmstadti klinika detoxikáló osztálya, amely belgyógyászati keretben működik, de mindjárt krízisintervenciót és pszichológiai ellátást is végez. Wedler tapasztalatanyaga kb. 3000 ellátott esetre vonatkozik, ezek közül több száz esetben végeztek beható vizsgálatot.

Az újabb öngyilkossággal kapcsolatos fejlemények nagyon jól összhangba hozhatók a régebbi megfigyelésekkel, különösen Ringel, Farberow és Shneidman, továbbá Douglas (1967) felfogásával. Ez az összhang azt is jelenti, hogy a régebbi és a modern öngyilkossággal kapcsolatos kutatás között konszenzus és kontinuitás van és hogy lényegében ma már megvannak a feltételei annak, hogy megalkotható legyen az öngyilkosság integratív elmélete a szociálpszichológia és a személyiséglélektan szintjén, tehát olyan nagyságrendben, amelyben a terapeuták, a segítők, a telefonos szakemberek, illetve ügyelők, munkatársak dolgoznak. E szinten van nagy szükség további kutatásokra, de talán nem túlzás azt mondani, hogy a legégetőbb szükség az integráció kidolgozására lenne.

Ez igen nagy munka, de lehetséges és az említett négy mai irányzat, újabb fejlemény bemutatásával ennek körvonalait is kívántuk érzékeltetni.

Speciális traumák az öngyilkossági cselekmény kiváltásában

Az öngyilkossági cselekmény pszichológiai és társaslélektani mikroelemzése több mint fél évszázados próbálkozás a szuicidológiában. Leginkább az ún. *lélektani boncolás* módszere ígért itt új felismeréseket, a módszer immár több mint negyedszázados használata után azonban azt kell mondani, hogy a remények nem váltak valóra. Talán amiatt, hogy az uralkodóvá vált *empirikus paradigma* redukcionista megközelítésében nem találtak elég megragadható és kvantifikálható tény az öngyilkossági történés eseménymozzaikjaiban, motivációs és relációk konstellációiban. Ugyanakkor az öngyilkosság megértése, megelőzése és befolyásolása szempontjából jelentős elméletek mindegyike úgy keletkezett, hogy az öngyilkossági cselekményre vonatkozó információk empátiás vagy interpretatív feldolgozása nyomán, a klinikai empiriából sikerült új összefüggéseket megragadni. A teljesség igénye nélkül: Ringel, Henseler vagy Wedler elméletei ilyennek tekinthetők. Lényegében az esetek ilyenfajta tapasztalatai nyomán figyeltek fel a kommunikációs szándék közlésének jelenségére, illetve az ún. „cry for help” jelenségre az öngyilkossági krízis kapcsán.

Az eseti tapasztalatok értelmezésének hagyományában látszik jelentősnek egy mozzanat, amelyről a szuicidológia irodalmában sok szó esik, de amely mégsem kap megfelelő hangsúlyt. Ez pedig az öngyilkossági aktust kiváltó *speciális traumák* kérdése. Az jól ismert, hogy konfliktus, tárgyvesztés, reakció, stigma stb. gyakran játszik szerepet abban, hogy öngyilkossági fantáziák valóra válnak. Az is ismert, hogy a *negatív emóciók*, a harag, a gyűlölet, az agresszió interiorizálódhat és a saját én felé fordulhat, és ezek az emóciók részben *kapcsolati partnerek* felől jönnek, illetve azok ilyen jellegű megnyilvánulásai után keletkeznek, akár mint reakciók, akár mint introjekciók, erre már Freud, de különösen *Stekel* is felhívta a figyelmet.

Az azonban aránylag kevésszer fogalmazódik meg, hogy az öngyilkossági események jelentős részében *speciális kommunikációs szekvencia* zajlik le, amely leginkább Jürgen Willi *kollúziós* modellje szerint írható le, és amelyben

nemcsak az történik meg, hogy a partner nem veszi észre vagy elutasítja a segítségkérő kommunikációt, a krízis vagy az öngyilkossági szándék jelzését, hanem a partner egyenesen sugallja az öngyilkosságot mint megoldást, és ehhez olyan kommunikációkkal segít hozzá, amelyek a szuicidális személyiség számára különleges, súlyos pszichotraumák. E traumák túlmennek a narcisztikus sérelmen, amit Henseler hangsúlyoz, de a pszichoanalitikus tradíciónak megfelelően semlegesen és mintegy „belülről” kezel, vagy a narcisztikus vulnerabilitást és a külső hatások szubjektív konstrukcióját emeli ki, belevéve ezzel modelljébe azt a kétségtelenül megfigyelhető jelenséget, hogy narcisztikus traumák paranoid vagy szenzitív vonatkoztatásos alapon, illetve depresszív mikromániás kontextusban is keletkezhetnek. A speciális traumák objektíválhatók (ha a megfelelő információk rendelkezésre állnak), a kapcsolati partner átéli és tudatosítani képes, hogy az öngyilkossági krízisben lévő másik embert gyűlöli, halálát kívánja, és mintegy öngyilkosságba taszítja. Természetesen egészen ritka az, hogy hideg racionalitással történik mindez, a közvetlen tranzakciók és kommunikációk sodrában az agresszív személyiség rendszerint racionalizációkkal, logifikációkkal, projekciókkal és más védekező mechanizmusokkal él és obskurálja magában a tényleges motívumokat és emóciókat, de az egész folyamat általában tudatközele, utólag nehezen elfojtható.

Érdekes lenne áttekinteni a szakirodalomból az ide vonatkoztatható leírásokat és elméleti feldolgozásokat, de ez nagy terjedelmet igényelne. Így csak a jelenség leírására szorítkozunk. Az általánosítás alapja (a szakirodalmi ismereteken kívül) a szerző több mint háromévtizedes munkája öngyilkosságveszélyes, öngyilkosságot megkísérelt, vagy öngyilkossági cselekményben megakadályozott emberekkel és családjaikkal, továbbá hasonló foglalkozások szupervíziója, telefonszolgálati hívások elemzése, öngyilkosságra vonatkozó irodalmi leírások (pl. naplók, memoárok stb.) elemzése. A szerző tézise azonban az, hogy ez a modell, a speciális traumák kérdése a mindennapi klinikai tapasztalatban előtérben van, de a segítők többé-kevésbé saját elhárításuk miatt ritkán néznek szembe vele. Az elhárítás nagyobb részben onnan nyeri dinamikáját, hogy az öngyilkossággal foglalkozó szakember gyakran maga is belekerül hasonló kolluzív kapcsolatokba, kisebb részben pedig onnan, hogy az életben maradt partnerrel nem nagyon lehet mit kezdeni, a segítő szakember nem szívesen bolygatja utólag a dolgokat. Ám az öngyilkossági kísérleten átesettek között is sokszor szerepel ez a mechanizmus, és akkor a segítő beavatkozásnak erre is ki kell térni, noha az esetek jelentős részében az öngyilkossági kísérlet feloldja a kapcsolati krízist, a partnert is megrázza az esemény

és változik (valószínűleg az ilyen változás nyomán áll elő, hogy az öngyilkossági kísérleten átesett fiatalok egy jelentős csoportja később már nem veszélyeztetett az öngyilkosság szempontjából, mint erre Zonda és mások rámutattak).

A jelenség része, hogy az öngyilkossági krízisbe kerülő személyiség viszonylag izolált, illetve hideg és konfliktusos kapcsolathálózatban él, egy szoros és intim kapcsolat azonban marad és ez számára nagyon fontossá válik. A fontosság általában nem csak az emocionális és narcisztikus gratifikáció (lásd Ammon „narzisstische Zufuhr” koncepcióját) jellegében fontos, mint az emberi kapcsolatok általában, ha ez a kapcsolat adja valamiképpen az identitás és az önértékelés alapját, és ilyen minőségében a kapcsolat a személyiség számára úgy jelentkezik, mint az élet „értelme”. E kapcsolat elvesztésének veszélye kelti általában a szuicidáló krízist, és e kapcsolat folyamatában áll be olyan helyzet, hogy a kapcsolati partner az egész viszonyt negatívnak, a szuicidális személyiséget értéktelennek, méltatlannak minősíti. Itt általában nem a verbális kommunikáció az érdekes, hiszen minden kapcsolati krízist *veszekedés* jellemez, amelynek lényege felelősségattribution, illetve a másiktól alkotott kép negatív megrajzolása. Ebben azonban mindenkinek gyakorlata van, és általában hatékonyan hárítja magától a rávetített negatív vonásokat. A másikban lobogó gyűlölet, megvetés, jelentéktelenítés kommunikációja az, amely az önértékelés belső összeroppanását okozza. Ehhez gyakran nem is kell verbálizáció, hanem a kapcsolat kontextusából, a szituációból vagy a közvetlen kommunikatív aktusból eredő metakommunikatív mozzanatok is elegendőek a speciális traumához. Gyakran azonban megfogalmazódik a partner megvetése, kifejezésre jut, hogy a partner az elpusztulást, eltűnést kívánja a másiknak, néha még az is megfogalmazódik, hogy legjobb, ha a másik megöli magát. Extrém esetekben még a halál sem kerül szóba. Gyakran az összeroppanó ember teljes agresszióját önmaga felé fordítja, de gyakran egy része ennek kifelé vetül, és ilyenkor történik, hogy a partner ablaka előtt akasztja fel valaki magát vagy a lakása előtti folyosóról ugrik a mélybe, néha még a hátrahagyott búcsúlevél is vádol.

Kétségtelen, hogy narcisztikus sérülékenység, illetve depresszív énéllapot szerepet játszhat ilyenkor is, ám a tranzakciók repetitív jellegűek, huzamos folyamatként írhatók le és meghatározott kapcsolati tematikákat írnak körül. Mindig jellemző a kapcsolatban a fokozatosan mélyülő dependencia, a kapaszkodás a szuicidális ember részéről, a regresszív passzivitás, a kapcsolat nyílt normáihoz viszonyított fokozódó elégtelenség. A kötődés, a kisajátítási szándék, a kapcsolati biztonságkeresés frusztrációja a speciális trauma, annak

átélése, hogy a huzamos időn át hátrított tény, a saját személyiség elfogadásának hiánya, sőt teljes, erős negatív érzelmekkel kísért elutasítása. A személyiség ilyenkor realizálja, hogy a kapcsolat jóvátehetetlenül elromlott. A kapcsolati partner ezt ismételten kifejezni akarja, illetve ennek kifejezését tudatosan kerülni szeretné, de a benne felgyűlő negatív emóciók egyszer különösen, látványosan áttörnek a viselkedés korábbi gátjait.

Éppen kontextuális jellege miatt a speciális trauma nehezen általánosítható, a kapcsolati történettel, összefüggésekkel, az érintettek egzisztenciális helyzetével (egy?) lehet csak jobban illusztrálni. Nagyon gyakran az elutasító partnert interperszonális rendszer is támogatja, pl. a család, a rokonság vagy a lokális közösség. Nagyon gyakran a személyiség számára kiemelten fontos kapcsolatban beállnak az elutasító, tárgyvesztést jelentő változások, ám a személyközi támaszrendszer egyes elemei a negatív helyzetbe került embert védik, erősítik, és ilyenkor természetesen ugyanaz a kommunikáció, illetve reakció, amely speciális trauma lehet, más helyiértékű, átlagos stressz vagy trauma szintén értelmezhető.

A teljesség igénye nélkül néhány sajátos kapcsolathelyzet, amely a klinikumban, illetve az életben gyakori:

- Idős, beteg ember relációja gyermekével, ritkábban házastársával vagy élettársával, a fokozatosan terhekké váló kapcsolatot a másik átminősíteni, illetve megszakítani akarja.
- Alkoholista kirekesztése, többnyire több éves élmények után, amikor az alkoholista frusztrálta, traumatizálta a fő kapcsolatot (általában házastárs). Ilyenkor gyakori az egész család és a környezet rejekciója. Alkoholisták öngyilkosságában igen gyakori esemény.
- Deviáns gyermek és szülő (család) kapcsolata. Főleg homoszexualitás, ritkábban kriminális viselkedés, elmebetegség, drogaddikció, illetve családi teljesítményelvárás (lásd ehhez Stierlin „delegáció” koncepcióját) meghíúsulása váltja ki a teljes elutasítást, gyakran az öngyilkosság felé terelést.
- Szerelmi kapcsolat vagy ennek analogonja, rendszerint megcsalási, féltékenységi vonatkozásban. A párkapcsolat ez esetben a személyiség önfenntartó eszköze, öndefiníciós eleme. Rendszerint huzamos kapcsolati krízisek és konfliktusok nyomán áll elő a speciális trauma, nem ritkán az öngyilkossági fenyegetés tartósan jelen van a kapcsolat végfázisában. A fő intimkapcsolat pszichológiai jelentősége éppen a *féltékenység* jelensége nyomán válik világossá (lásd erről Haraszti tanulmányait).

A speciális trauma kérdése több okból érdemes további kutatásra. Egyrészt *személyiség- és társaslélektani jelentősége* miatt. Valószínű pl., hogy fontos tartozéka az elutasító partner részéről fenntartott „double bind” jellegű viszony, az ambivalencia, a másik manipulációs szándéka – saját nárcisztikus

igények érdekében. Az egész kommunikációs modell tehát érdekes, és hasonló fenomenológiai leírás lehetőségét rejti magában, mint ahogyan Ringel próbálta leírni a *preszucidális szindrómát*, teljességgel az az egyéni dinamika szempontjából. Itt sajátos társaslélek-lélektani szindrómáról lehet szó. Másrészt fontos lehet a jelenség a *magyar öngyilkossági helyzet* megértése szempontjából. Sok megfigyelés és részadat mutat arra, hogy nálunk a szoros, lényeges emberi kapcsolatok gyűlölet- és agresszió dinamikája erős, sajátos, az öngyilkossági esetekben is feltűnik, hogy ritka a teljes izoláció, inkább a relatív izoláció, a lényeges kapcsolatokra való beszűkülés a jellemző. Típusos konste

Típusos konstellációk ismétlődnek, pl. idős emberek öngyilkosságaiban, alkoholisták szuicid cselekményeiben stb. Feltűnő pl. a homoszexuális „coming out” krízis gyakorisága a telefonszolgálatokat érő hívásokban, illetve az ilyen krízis erőteljes családi konfliktustöltete. Nagyon gyakori a kapcsolati partnerre irányuló agresszió az öngyilkossági cselekményben (pl. az említett „szemrehányó” meghalás vagy kísérlet, sajnos erről alig van empirikus adatunk, annál több a klinikai tapasztalat). A speciális magyar viszonyok feltárása megelőzési perspektívákat is megnyithat (pl. a veszélyeztetettség új megfogalmazásán át). Harmadrészt a közvetlen megelőző, ellátó, illetve utógondozó jelentősége is nagy lehet e körülményekben, hiszen a destruktív és a szuicidium felé terelő kapcsolati dinamikával foglalkozni kellene a segítőknek. Itt számos pár-, család-, illetve networkterápiás lehetőség van, a beavatkozásoknak van esélye, ha egyáltalán a kapcsolat hozzáférhető a megfelelő időben a segítők számára. A speciális traumák természetének megismerése a segítők, terapeuták jobb felkészítését tenné lehetővé (akár már a telefonszolgálati operátorok síkján is). Végül a modellnek posztvenció jelentősége van. A speciális trauma okozója általában elhúzódó és komplikált gyászreakció elé néz, nagyon gyakran depresszív panaszanyagokban is megjelenik ilyen élmény és büntudat, és a folyamatnak nagy az inferiorizációs veszélye is. Később az egykori elutasító kerülhet dependens, nárcisztikusan sérülékeny helyzetbe és akkor a felfokozott projekciós készség kelthet benne speciális vulnerabilitást, esetleg büntudattal együtt.

Vizsgálni kellene tehát, mennyire igaz a szerző impressziója, hogy az öngyilkosság nem csupán az önmagára kezet emelő egyénben keletkezik, hanem efelé környezete erősen terelheti is, és hogy ez a terelő hatás jelentős determináns az öngyilkossági cselekményben, és hogy ennek szociokulturális és terápiás implikációi, megelőzési vetületei vannak.

Az eutanázia dilemmái

Pragmatikus gondolatok az orvosi szociológia szemszögéből

Az ún. „tabu-témák” különös sajátossága, hogy alapkérdéseik mintegy „Erisz almái” laikusok és szakemberek között. Elég csak megemlíteni, „bedobni” őket, és akkor törvényszerűen heves vita indul meg. A modern társadalom megfigyelői már régen megállapították, hogy a régi nagy „tabu-téma”, a szexualitás hovatovább elveszíti ilyen funkcióját. Így azután a vita arról, hogy mikor szabad megkezdeni a nemi életet, hogyan tekintsük a homoszexualitást, az önkielégítést, mi a perverzió stb. kezd erőtlenné válni. Immár több évtizede a fő „tabu” a halál. Ma inkább arról pattan ki könnyen vita: meg kell-e mondani a súlyos betegségben szenvedőnek, hogy meg fog halni, szabad-e az orvosnak megmondani a kedvezőtlen prognózist esetleg akkor, amikor még a beteg jól érzi magát, de szervezetében már benne lappang a végzetes kór stb. Az öngyilkosság problémája szervesen kapcsolódik a halál tematikájához. Ismételten felvetődik, szakirodalomban és társaságban egyaránt, hogy szabad-e az embernek megölnie magát, kötelesség-e az élet és a mindennapi lét küzdelme, vagy elkészítheti-e az ember életének „mérlegét” és józanul, hideg fejjel véget vethet-e annak. Egyik oldalon az öngyilkosság ellen harcolók egyre népesebb tábora áll, pszichiáterek, szociális gondozók, vallásos és világi laikus szervezetek, a Szamaritánusok világmozgalom stb., viszont a másik oldalon egyre több mozgalom indul meg a „szabad halál” érdekében, nagy példányszámmal adják ki az önkezű halál modern módszertani szakkönyveit, és közvéleménykutatások szerint is egyre többen igenlik – Ady sorát kölcsönvéve fejezzük ezt most ki – a „minden halálok legnemesbikét, a meghívott halált”.

A legnagyobb vitatéma azonban a „meghívott halál” sajátos válfaja, a „megrendelt halál” az, amit általában *eutanáziának* hívnak. Az eutanázia legtöbbször úgy kerül elő, hogy szenvedő, gyógyíthatatlan beteg kéri, vessenek véget szenvedéseinek, segítsék hozzá a halálhoz. Ilyen esetekben a beteg számára rendszerint már hiányzik a lehetőség és az erő az önkezű halálhoz, orvosi segítségére lenne utalva. Az orvosokat viszont szigorú törvények és szakmai etikai elvek akadályozzák, hogy ilyenkor meggyorsítsák a meghalást.

Legfeljebb titokban tehetnek valamit, a haldoklónak esetleg nem adják meg az élet fenntartásához okvetlen szükséges gyógyszereket vagy pedig túladagolják a fájdalomcsillapítókat. Mivel a fájdalomcsillapítók adagját folyton növelni kell, és a súlyos beteg a hozzászokás miatt olyan mennyiségeket kap belőlük, amelyek másnak halálosak lennének, ez a fajta kegyes eutanázia, ha az orvosok és a hozzátartozók lelkiismerete elviseli, észrevétlen maradhat. Gyakran csak nagy emberek életrajzaiban derül erre fény. Sigmund Freud kezelőorvosának emlékirataiból derült ki, hogy az arccsontrák utolsó szakaszában rettenetesen szenvedő tudóson is a nagy adag morfiummal segítettek – végleges módon. Akik hozzátartozóként, barátként élnek meg ilyen óriási szenvedéseket, gyakran szószólójává válnak az eutanázia jogának, hiszen magukat is bele tudják képzelni a reménytelen, kínlódó végállapot helyzetébe, és tudják, jó lenne, ha szervezett, megengedett módon lehetne szabadulni.

Eutanázia – „jó halál”?

Mint ismeretes, az eutanázia fogalma görögül eredetileg „jó halált” jelent. A könnyű, fájdalommentes halál biztosítása önmagában jogos igény, az orvostudomány ezt az ókortól fogva természetes tevékenységi célnak fogadja el. A haldokló szenvedéseinek enyhítésére minden módszer használata jogos, szabad, sőt kötelező alkalmazni a legerősebb kábítószereseket is. Többnyire azonban még így sem sikerül megkímélni a betegek egy – talán nagyobb – részét attól, hogy testük senyvedését, létük zsugorodását ne éljék át, és közben szörnyű fájdalmakat ne szenvedjenek. Az eutanázia fogalma az utóbbi évszázadokban, és különösen napjainkban már csak annak kifejezésére használatos, hogy egyébként hosszabb-rövidebb ideig még élő, szenvedő, betegsége miatt halálraítélt, vagy pedig az értelmes emberi élet feltételeitől megfosztott embert más ember, rendszerint szakember által előidézett gyors és könnyű halállal mentsenek meg a méltatlan szenvedéstől, az értelmetlen vegetálástól.

A civilizált, individualizált ipari országokban a lakosság jelentős része elfogadná az eutanáziát, ezt közvéleménykutatások, felmérések bizonyítják. Ahol az eutanázia engedélyeztetését politikai programba foglalják, általában sok embert tudnak mozgósítani e cél képviselőit. Időről időre dramatikus események idézik fel a köztudatban ezt a problémát. Akadnak orvosok, akik vállalják a szenvedések megszüntetését egy-egy esetben, és szembenéznek a várható büntetésekkel, és egyes hozzátartozók maguk veszik kezükbe a fecskendőt vagy a túladagolható gyógyszert. Az ilyen ügyek körül azután fellángol a sajtóban a vita, elhangzanak az ilyenkor szokásos pro és kontra érvek, és az eutanázia kérdése általában is az érdeklődés előterébe kerül.

Tulajdonképpen az eutanáziát kategorikusan tiltók és tagadók csoportja nem nagy. Leginkább *valláserkölcsei* nézőpontból lehet képviselni az élet abszolút szentségének elvét és tagadni az eutanázia létjogosultságát, egyáltalán felvethetőségét. Gyakorlatilag azonban a valláserkölcsei álláspont nagy társadalmi erőt képvisel, mert az egyházak politikai befolyását mozgósítani tudja. A kérdéshez hozzászólni hivatott szakemberek többsége elfogadja az eutanázia iránti igényt. Ez ugyanis az individuáció mai foka mellett természetesnek és ésszerűnek tűnő kívánság. Ha már nem lehet segíteni, ha már a halál elkerülhetetlen, legalább a szenvedés rövidüljön meg. A modern ember számára fontos kérdés, hogy legyen beleszólása, döntési joga élete dolgaiban, és szeretne halála ügyében is aktív tényező lenni. Néhány éve világsikert aratott a *Mégis, kinek az élete?* című színdarab, ennek fogadtatása is mutatta, hogy az emberek milyen aktuálisnak érzik a témát, és mennyire egyetértenek azzal, hogy a kilátástalanná vált életből jogos a menekülés, még az öngyilkossághoz hasonló közvetett módon is. Az eutanázia és az öngyilkosság problémájának hasonlósága itt nagyon világosan megmutatkozik, mindkettőben a menekülés mozzanata van előtérben. Hiába helyeselné azonban az eutanáziát az egyértelműen reménytelen esetekben szakember és átlagpolgár egyaránt, az engedélyezés, intézményesítés előtt óriási nehézségek, dilemmák tornyosulnak. Az elvi modell helyeslői is legtöbbször visszahőkölnek, ha a gyakorlati megvalósításra gondolnak. Hogyan lehetne megakadályozni az eutanázia gyakorlatában a visszaéléseket? Hogyan lehetne biztosítani, hogy valóban csak azok részesülhessenek eutanáziában, akiknek sorsa valóban reménytelen, és akiknek kínos halála tényleg közeli? Ki hajtsa végre az eutanáziát? Lehet-e erre azt az orvost kötelezni, akinek éppen az életért kell önfeláldozóan, minden erejével küzdeni.

Nagyon nehéz kérdések ezek. Történelmi példák is igazolják, hogy az eutanáziával vissza lehet élni. Ismeretes, hogy a fasiszta Németországban 1938 táján csendben megöltek kb. kétszázezer gyengeelméjűt és elmebeteget. Ezek az emberek persze nem kérték a halálukat, az esetek többségében a hozzátartozókat sem kérdezték meg és nem is tájékoztatták. Ez az ún. T-akció, amely az *életre nem érdemes élet megsemmisítése* (Vernichtung lebensunwerten Lebens) elv jegyében történt, sokak szerint a későbbi haláltáborok főpróbája volt. Az akció ugyanazokat az érveket hangoztatta, amit az eutanázia igenlői szoktak említeni. Az emberhez nem méltó életet oltották ki, hogy a személyek maguk se szenvedjenek, és a hozzátartozók gondjai, kínjai is enyhüljenek, továbbá könnyebb legyen a közösség terhe, amely közösség e betegeket eltartja és gondozza. Az eutanázia iránti szubjektív igény indokai között gyakran halljuk

a hozzátartozók kímélésének szándékát, a felesleges tehertől való megszabadítás vágyát.

Visszaélést is, és hibás döntést is eredményezhet, hogy nagyon nehéz meghúzni a határt a jogosnak mondható igény és az esetleg túl korai, netán indokolatlan menekülési készítés között. A legreménytelenebb, senyvedő esetekben is beállhatnak javulások, és ha az életveszély nem is múlik el és a régi egészség sem tér vissza, néhány szép nap vagy hét, esetleg hónap még lehetséges. A fájdalmak enyhülhetnek annak ellenére, hogy a halálhoz vezető kórfolyamat nem áll meg. Ma a fájdalmak csökkentésére új, egyszerű módszerek is rendelkezésre állnak, pl. lehet fájdalomkövetítő idegyököket átvágni, egyszerű agyi műtéteket végezni, ezzel a szenvedés az elviselhető mértékig enyhíthető. Tudjuk, rendkívül szubjektív és változó annak a megítélése, mit lehet elviselni, mennyit lehet szenvedni, egyáltalán, mikor, mennyi és milyen életnek van még értelme. Depresszív hangulatban legtöbbször a teljes fizikai egészség és ifjúság is kevés, hogy az életkedv megmaradjon, máskor viszont egy nyugodt nap, amit valaki szereteteivel együtt, attól búcsúzkodva tölt, a boldogság maga, isteni ajándék, ami a halált megszépítheti. Ki lehet ezekben a kérdésekben ítélőbíró? Hol van az az objektív mérce, amely meghatározza, melyik eset jogosult arra, hogy elpusztuljon, melyiknek kell még élnie? Bármennyire is fejlődött az orvostudomány, alapvető kérdések eldöntésében vannak még bizonytalanságok. Vannak kétségtelenül dokumentált esetek, amikor áttételes rákban szenvedő, sorvadó betegek meggyógyultak. A magyar nyelvű szakirodalomban is van eset, hogy szívmegállás miatt az agykéreg teljes pusztulását kellett az orvosoknak feltételezniük, a beteg hónapokon át vegetált, mint agyitalan biológiai preparátum, majd váratlanul javulni kezdett, és szinte tünetmentesen felgyógyult. A vegetálás hónapjai alatt mindenki meg volt győződve, hogy az agykéreg jóvátehetetlenül elpusztult, és ha lett volna jog az eutanáziára, bizonyosan felvetődött volna, hogy a fiatal nőbeteg ne éljen hiába, ne legyen érzelmi teher családjának, kisgyermekének. De az ilyen esetek leghíresebbjében, Ann Quinlan amerikai diáklány tragédiájában is bizonyos fokig csődöt mondott az orvosi judícium. Ann Quinlan kábítószer-túladagolás miatt került és maradt a klinikai halál állapotában addig, míg agykérge teljesen tönkre nem ment. Éveken át ápolták, géppel lélegeztették. Szülei pert indítottak, hogy a légzőgépről vegyék le, ezzel szerették volna előidézni halálát. Az orvosok ezzel szembeszálltak. Végül bírósági határozat kötelezte a kórházat, hogy a mesterséges lélegeztetést szüntessék be. Az orvosok azonnali halálra számítottak, ám a fiatal lány spontán légzése megindult, így voltaképpen a pereskedés hiábavalónak bizonyult. Nemrég volt olvasható a sajtóban, hogy

vegetatív lényként, sokéves eszméletlenség, mozdulatlanság után csendben túlélte harmincadik születésnapját.

A bizonytalanságok és a visszaélés a *szervátültetések*, különösen a szívátültetés kapcsán kerültek közös fogalomkörbe. Az eredményes szervátültetéshez az kell, hogy a szervet, amit legtöbbször halottból vesznek, közvetlen a halál után távolítsák el. A szív esetében csak halottból képzelhető el az átültetés, viszont a még „élő” szívet kell e célból kivenni. Az élő, egészséges szív képes fenntartani a keringést, tehát az ember a klasszikus ismérvek szerint még él, amikor donor lesz belőle. Az agyhalál új fogalmát és definícióját kellett ezért bevezetni, és ennek megállapítása ugyanazokkal a dilemmákkal jár, mint amikről a bizonytalanságok vonatkozásában szóltunk. A meghatározási nehézségeket pontos kritériumok kidolgozásával, bizottságok működésével próbálják áthidalni. A közvélemény ugyan lelkes a szívátültetések miatt, de a vele járó quasi-eutanázia miatt nem nyugodt, ezt mutatja, hogy közlekedésbiztonsági jelszót lehetett kreálni belőle, és ez szinte az egész nyugati világban elterjedt: *Hajts óvatosan – dr. Barnard vár a szívedre!*

A *Mégis, kinek az élete?* című darabban tárgyalt probléma, Ann Quinlan esete, továbbá a szívátültetés kérdése az eutanázia klasszikus fogalmának kitágulását is mutatja. Korábban az eutanázia egyenlő volt az életműködések *aktív* megszakításával, olyan cselekedettel, amit a törvény egyértelműen tiltott, emberölésnek minősített. A modern orvostudomány új helyzetet teremtett, olyan állapotokat hozott létre, amelyekben az eutanázia más formája nyilvánulhat meg, a *passzív* eutanázia. Erről akkor beszélünk, amikor az élet önmagától már nem lenne fenntartható, viszont valamilyen gépi beavatkozással még meghosszabbítható, esetleg jelentős ideig. Előbb a gépi lélegeztetés volt ilyen eszköz, később a művese, majd a vérkeringés gépi fenntartása, napjainkban a máj gépi pótlása, a teljes parenterális – tehát vérpályán át történő – táplálás, életfenntartó hormonok szubsztitúciója, művi ingerületképzés a szívben „pacemaker” segítségével, teljesen steril környezet immunkárosodott – gyakran immunszuppresszív kezelés miatt immunkárosodott – szervezetek számára, állandó antibiotikus védelem stb. Felsorolni sem lehet a sokféle módot. Ha ezeket a kezeléseket megszakítják, az élet megszűnik. E kezelések abbahagyása tehát általában egyenlő a halállal. Ezért is folyt a per Ann Quinlan művi lélegeztetésének megszakításáért, ezért akart mindenáron hazajutni a *Mégis kinek az élete?* gerinctörött hőse (akit csak állandó katéterrel és ennek szüntelen fertőtlenítésével lehetett életben tartani, és ezt csak a kórházban lehet biztosítani), és a passzív eutanázia segítségével lehet időzíteni a halált a szervátültetések donorjaiban: adott időpontban megszüntetik az életfenntartó gépek

működését. A passzív eutanázia ma már nem is elsősorban probléma, etikai kérdés, vitatéma, hanem mindennapi realitás. Minden olyan esetben, amikor egy súlyos beteget korszerű kórházi körülmények között ápolnak, elvileg van mód az életműködések fenntartására a klinikai halál után is. Nagyon gyakran meg is kísérelik géppel támogatni a légzést és a keringést, géppel tisztítani a vért a tönkrement vese vagy máj helyett stb. Ha ezt megkezdik, és bizonyos idő után kiderül, hogy az élet mégsem őrizhető meg, különösen pedig, ha az agy működése helyrehozhatatlanul károsodik, a gépeket kikapcsolják, és beáll a halál. Ha a túlélés eleve kilátástalan, a gépek felhasználásától esetleg elállnak. Ha úgy tetszik, ez a döntés is passzív eutanázia, hiszen valamennyire megrövidíti az életet. A passzív eutanázia tehát az orvoslás mindennapjaihoz tartozik, és a súlyos betegeket ellátó orvosok igen sokszor gyakorolják.

A helyzetet még bonyolítja, hogy kiterjesztett értelemben eutanázia a *művi* terhességmegszakítás is, mégpedig aktív, hiszen élő magzatot pusztítanak el. Még inkább az, ha a terhesség negyedik hónapja után végzik el a terhességmegszakítást, pl. a várható vagy kimutatott genetikai ártalom vagy fejlődési rendellenesség megelőzése céljából, vagy pedig ha szülészeti szövődmény elhárítása céljából feláldozzák a magzat életét az anya életéért vagy egészségéért. A passzív eutanázia a koraszülöttek életben tartása terén tudatosan és öntudatlanul is érvényesül. Ma egyre több olyan módszer van, amivel néhány száz grammos magzat is megmenthető. Viszont az így életben maradt gyerekek jelentős része súlyos idegrendszeri károsodásban szenved, sok vak marad közülük stb. Hol vonják meg a határt? Ki legyen az, és milyen elvek szerint, aki itt dönt? A döntés fontos jogi következményekkel jár, mint ezt a közelmúlt hazai orvosperei is mutatják.

Orvos és társadalom

Az *orvosi hivatás* külön dilemmákat vet fel az eutanázia terén. Mind az aktív eutanázia kivitelezése, mind pedig a döntéshozatal a passzív eutanázia esetében az orvosok dolga. Az orvos viszont különleges társadalmi szerep betöltője, a társadalom igen nagy jogokat ruház rá, életeteket, egészséget, intim titkokat bíz rá, a teljes és feltétel nélküli, önfeláldozó segítség fejében. Ahhoz, hogy az orvos segíteni tudjon, bizalomra van szüksége, de hogy bizalmat kapjon, ahhoz biztosítani kell, hogy csakis segítsen, mindig segítsen, semmiképpen se ártsen. A mai társadalom a jóhiszemű tévedést vagy a tudáshiányt sem bocsátja meg az orvosnak, erre utalnak a nyugati országokban rendkívül elszaporodott kártérítési perek, nem tudja megemészteni az orvos szakértő szerepét sem, ami pl. a keresőképesség elbírálása során érvényesül, valószínűleg

nem tudja majd elfogadni az orvos „thanatokrata” jogkörét sem, és ezzel tovább mélyül a bizalmi válság az orvos és a beteg, ill. a társadalom és az egészségügy között.

További dilemmákat kelt, és a problémába újabb „csavart” visz, hogy a passzív eutanáziával egyenlő döntéseket kell hozni akkor, mikor a szükségesnél kevesebb életfenntartó eszköz, kisebb kapacitás áll rendelkezésre a korszerű gyógymódokból. Ilyenkor valaki mindig károsodik, egy csomó ember élete megrövidül, hiszen döntések születnek, ki kerülhet az életet biztosító gépre, ki kaphat meg egy-egy szervet, amiből kevés van. Közismert pl., hogy tartós művese-kezelésre világszerte csak a rászorulóknak egy része jut, még kevesebben kaphatnak átültetett vesét. Ilyenkor már nem is arról van szó, hogy szenvedést kell megrövidíteni, méltatlan vegetálást kell megszüntetni, hiszen a sikeres veseátültetés után szinte egészséges életet lehet élni, és művese-kezeléssel is sok aktivitásra, alkotásra, örömszerzésre van lehetőség. Amikor kiválasztják, ki maradhat életben a korszerű kezelés révén, lényegében *értékelik* az embereket, és ez az érték független az alapvető etikai kategóriáktól. Rendszerint kisebb az esélye annak, aki idős, mint aki fiatal (ilyenkor valamiféle „társadalmi rentabilitás” szempontja érvényesül), vagy aki iskolázatlan, mint aki iskolázott. Noha a legtöbb társadalom deklarálja az emberek egyenjogúságát, a legtöbb helyen, legalábbis a főbb nyugati demokráciákban hátrányosabb helyzetben van az esélyek tekintetében a szegény, vagy a kisebbségekhez tartozó, bár ezt a döntések indokolásánál nem fogalmazzák meg. Gyakran már egyszerű műtétek tekintetében sem egyenlők az esélyek, ez a helyzet pl. a szívű műtétekkel. Gyakran az operáló sebészek ezt nem is érzékelik, hiszen az a szelekciós folyamat diszkriminál, amely a meglevő műtéti kapacitást kitölti, amelynek révén a műtetre kerülők szelektálódnak.

Az orvosi szociológia sokat foglalkozik az életben maradás, ill. az egészség ilyen diszkriminációs tényezőivel. Nagyon sok adattal tudja bizonyítani, hogy a gyógyulás esélyei a legjobb hivatalos akarat és a körültekintő igazságosságra való törekvés ellenére sem azonosak a különböző társadalmi helyzetű emberek között, mint ahogyan a megbetegedéseikben is magukon viselik a különféle társadalmi egyenlőtlenségek nyomait. A passzív eutanázia tehát valamiféle jéghegy csúcsa, a szűk egészségügyi kapacitások, az egyenlőtlenül elosztott gyógyító szolgáltatások életmegg hosszabbító vagy életrovidítő döntéseinek csupán azok az esetei, amikor a döntés nagyon nyilvánvaló és tudatos, mert valamilyen beavatkozás vagy eszköz alkalmazásáról vagy mellőzéséről kell határozni.

Az agyhalál, mint életben maradási kritérium lényegében a passzív és az aktív eutanázia közötti távolságot is lecsökkenti. Az agykéreghez kötött funkciók teljes vagy súlyos fokú hiánya kritérium lehet az aktív eutanázia egyes eseteinek elbírálásában. A lezajlott bírósági perek mutatják, hogy egyes esetekben a hozzátartozók megkapják a jogot arra, hogy bizonyos kezelések megszüntetésével valamilyen természetes halálok érvényesülését siettesék. Számos állam törvényhozása megengedi, hogy ép elmeállapotban végrendelkezni lehessen, hogy az újraélesztési eljárásokat vagy az életbentartó gépi és gyógyszeres eszközök alkalmazását valaki nem akarja, megtiltja, ha netán erre szükség lenne. Ez az ún. „living will” akár a vérátömlesztést is kizárhatja a kezelések sorából. Csaknem oda jutunk ezáltal, mintha a beteg kérhetné, igényelhetné szenvedéseinek gyors és végleges megszüntetését az előidézett halál révén. A műtėti beleegyezés ugyancsak közelíti egymáshoz az aktív és a passzív eutanáziát. Ha pl. valaki nem egyezik bele az életmentő műtétbe, vagy rosszindulatú daganat esetében elzárkózik a csonkolásos műtétől, lényegében halálra ítélte önmagát. Viszont akkor is azt teszi, ha a végsőkig nem fordul orvoshoz valamilyen bajával, ha önpusztító módon él (súlyos alkoholistákat, de különösen a kábítószerélvezőket krónikus öngyilkosoknak is szokták nevezni), csak akkor kikapcsolta az orvost, és akkor a legősibb aktív eutanáziához közelít a viselkedése, az önkezü halálhoz.

A probléma tehát rendkívül bonyolult, szinte megoldhatatlan. A szakember szemszögéből nincs biztos érv, ami az eutanázia ellen vagy mellett szólna. Csak külső értéktételezés dönthet. Jogos álláspont a *teljes elzárkózás az aktív eutanáziától, és a passzív eutanázia maximális társadalmiasítása*, vagyis az elkerülhetetlen döntéseket elsősorban jogi illetékességbe soroló eljárás. De van ráció az egyén döntési jogának kiterjesztésében, valamiféle újfajta habeas corpus elv igénylésében, ill. a társadalmi döntés felszabadításában is, ha valaki ezt képviseli. Ha az ember öngyilkos lehet – az többé-kevésbé tisztázódott, hogy erre van joga –, akkor igényelheti életének megszüntetését is, bizonyos, egyezményesen elfogadott szabályok szerint meghatározott élethelyzetben. Ha a társadalom a biztos halálba küldhet valakit mint katonát (s mint tudjuk, ezt megteszi), vagy pedig időnként meggyőződése miatt megöletheti (mint erre a történelemben annyi példa volt, és mint ez ma is oly sok helyen a világban megtörténik), sőt, ha a társadalom egyáltalán fenntartja magának a halálbüntetés jogát, akkor illuzórikus lenne azt hinni, hogy hasonló – etikai vagy pragmatikus – elvek alapján az aktív eutanázia kérdésében nem dönthet. A passzív eutanáziát viszont szinte szükségszerűvé teszi az a körülmény, hogy az egészségügyre fordítható kiadások a leggazdagabb országokban is korláto-

zottak, és a legbőkezűbben ellátott szakágakban is hosszú ideig kisebb egy új, eszközigényes gyógymód alkalmazásának kapacitása, mint a rászoruló esetek száma. Ha ilyenkor nincs szelekció, az előálló helyzet még igazságtalanabbnak mutatkozik, mint az, amit a kiválasztás létrehoz. Ha az öreg marad életben, és a fiatal hal meg, ha a magányos részesül előnyben és a kisgyermekait nevelő nem kapja meg az életmentő segítséget, ez a társadalmi igazságérzetet különösen sértené. A modern orvoslást kutató szakemberek azt is állítják, hogy a meggondolás nélküli, csupán csak a humanizmus elvétől vezetett, válogatást mellőző gyógyítás egy idő után még több olyan helyzetet teremtené, amiben a diszkriminatív és a szinte szükségszerűen igazságtalan eutanáziás döntések elkerülhetetlenek.

Ha ezeket az ellentmondásokat végiggondoljuk, akkor nyilvánvaló, hogy az eutanázia kérdésének alakulása nem a szakemberek, az orvosok dolga lesz, hanem végül is politikai és jogi szférákban dől el, és ehhez etikai, társadalmi axiológiai, filozófiai, antropológiai elméletek fognak ideológiai alapot szolgáltatni. Nem kizárt gazdasági tényezők előrenyomulása sem, és az sem, hogy a nyers szükségszerűség, a gazdasági kényszer válik a meghatározóvá. Az orvos ma alig tehet mást, mint körömszakadtáig védi a hagyományos értékeket, nem fogadja el az aktív eutanáziát és a passzív forma alkalmazásába minél több társadalmi kontrollmechanizmust iktat, és minél több szakszerű-ésszerű orvosi szempontot képvisel. Eddig az orvosi gondolkodás elzárkózott a gyógymódok költségvonzatainak figyelembevételétől, ez nem tartható fenn sokáig, egyre inkább kötelessége lesz gazdálkodni az egészségügy számára rendelkezésre álló pénzeszközökkel és más különféle anyagokkal. Ha az orvosok gondosan mérlegelik *a költség és a haszon* (cost/benefit) viszonylatokat tevékenységük kapcsán, az egyszerű beavatkozások terén legalább csökkenteni tudják majd az egyenlőtlenségeket, és akkor valószínűleg ritkábban fordul majd elő, hogy életmentő gyógymódokban egyesek nem részesülhetnek. Nagyon fontos, hogy az orvosoknak párbeszédre kell lépniük a társadalommal. Nem tehetik meg tovább, hogy a régi orvosi belterjesség, titkolózás jegyében kezelik pl. a passzív eutanázia problémáit. Ha az összefüggéseket nem tárják fel, akkor betegek szemében mintegy ők viselik a felelősséget azért, mert bizonyos eljárások, gyógymódok nem alkalmazhatók eléggé széles körben. Pedig igazában nem ők a felelősek, az egészségügyi beruházások politikai döntésektől függenek. Igaz, a leggazdagabb országokban is növekvő gond, hogy az egészségügyi kiadások rendkívül gyors ütemben emelkednek, és mind nagyobb lesz ugyanakkor az elmaradás a medicina adott szintje és a lakosság igénynívója által megkövetelt színvonal és a valós ellátási helyzet

között. Lehetséges, hogy hamarosan általánossá válik az olyan gyakorlat, hogy bizonyos, nagyon drága gyógymódokat általában nem alkalmaznak, ha azok csak kevés ember életét menthetnék meg, vagy azoknak is csak időszaki segítséget adnának, hogy a megmaradt pénzen inkább valami hatékonyabb, egyszerűbb gyógymódot tegyenek szélesebb körben elérhetővé. Szinte minden egyes eljárás, kórállapot esetében tisztázni kellene ezeket a viszonyokat, és ezekről felvilágosítani a közvéleményt. A nyilvánosság előtt titkolózni már azért sem lehet, mert az orvoslás világszerte a tömegkommunikáció érdeklődésének középpontjában áll, minden új eljárásnak híre megy, és elkerülhetetlen, hogy azonnal meg ne jelenjen az így ismertté vált módszer iránt az igény. Külön növeli a tömegtájékoztatás felelősségét, hogy az új gyógymódok iránti igények hirtelen támadnak, és szinte elkerülhetetlen, hogy ne a szokott társadalmi szelekciós mechanizmusok szabályozzák, ki jut azután hozzájuk. Gyakran előfordul, hogy a hatékonynak beharangozott eljárás nem válik be, ilyenkor az érintett betegek és hozzátartozók erőfeszítései és csalódásai hiábavalók voltak, sok beteg emberben hiába támadt elkeseredés amiatt, hogy éppen ő nem jutott a gyógymódhoz. Éppen ezért nagy felelősség terheli a sajnos nagyon gyakori sarlatánokat vagy jóhiszemű szenzációhajszolókat, akik látnivalóan megalapozatlan eljárásokat tesznek híressé. Ezzel csak az orvoslás és a társadalom viszonyát terhelik meg.

Mindezekről nyíltan kell vitázni, a társadalmat egyenrangú félként kell kezelni. Sürgetni kell az eutanáziával kapcsolatos etikai problémák kidolgozását és újraértékelését a medicina új vívmányainak szempontjából. Általános emberi jogok, általános társadalmi szabályozási alapelvek függvényei az orvosláson belüli döntések az élet fenntartását illetően, helyes tehát az elveket minél világosabban, explicitebb módon kezelni. Ha ez nem történik meg, az orvosok és a társadalom között több lesz a feszültség, és az orvosok akaratlanul is magukra vállalják tevékenységük teljes etikai felelősségét, holott a valóságban nagyon is meghatározott, kötött cselekvési térben dolgoznak, legtöbbször még az egyes esetekben is.

Az utolsó szeretet

Az eutanáziával kapcsolatos vitákban az orvosokra és az egészségügy más szakembereire várna az a feladat, hogy a konkrét viszonyok bemutatásával, az összefüggések pontos feltárásával kimozdítsák az álláspontokat a maguk megszokott, szűk köréből. Az eutanáziáról szóló okfejtések rendszerint nem veszik tekintetbe sem a kérdés bonyolultságát, sem pedig meghatározó tényezőinek gyors változását. A változások miatt időről-időre újra felül kell vizs-

gálni a helyzetet. A sokféle változás közül csak példaként ragadjunk ki kettőt, amit az eutanázia vitáiban ritkán szoktak említeni, mindkettő az utóbbi évtizedben kerül leginkább reflektorfénybe.

Az egyik új szempont a *thanatológia*, a meghalással kapcsolatos tudományos kutatás fejlődéséből származik. Vizsgálatok kiderítették, hogy a típusos halál egy sor olyan lelki megterheléssel jár, ami nem lenne szükségszerű. Lelkileg káros a hozzátartozókra is, sőt, a környezetre, beleértve az ápolókat, gyógyítókat is. Ez eddig nem volt nyilvánvaló, mivel a halál említett „tabu jellege” miatt erről nem szoktak beszélni, ezt nem vizsgálták. A halál problémája elől inkább elzárkóztak az emberek. A haldoklót gyakran szerettei is elkerülték, elkülöníteni igyekeztek őt a kórházban is a többi betegtől, és szinte menekült a halálos ágytól a kezelőorvos és a nővér is. Szinte kommunikációs zárlat alakult ki a haldokló körül. Részben ennek következtében a halál zaklatottsággal, tehetetlen dühvel, kimondott vagy visszafojtott szemrehányásokkal, békétlenül történt. Ez gyakran hozzájárult ahhoz, hogy a haláltusa meghosszabbodjon és nehezebben lehessen enyhíthető. Kiderült, hogy a legtöbb haldokló rászorul a lelki segítségre, és egyszerű pszichoterápiás módszerekkel nagy eredményeket lehet elérni a halál megkönnyítésében, emberivé tételében. Az a haldokló, aki nem veszíti el szellemi képességeit, megfelelő segítséggel el tudja fogadni a halál szükségszerűségét, megbékél abban, hogy életének értelmét, tartalmát emlékeiben megkeresi. Különösen fontos, hogy a haldokló el tudjon búcsúzni szeretteitől, és meglevő ellentéteit, a korábban fel nem dolgozott kapcsolati problémáit meg tudja beszélni, el tudja simítani. Elisabeth Kübler-Ross és mások kimutatták, hogy viszonylag kevés idő ráfordításával nagyon meg lehet könnyíteni a halált. Újabban mind több megfigyelés és adat gyűlik össze arra nézve, hogy ennek igen nagy a *mentálhigiénés jelentősége*. A torz, magára hagyatott, feszültségekkel teli meghalás ugyanis szinte toxikus hatású a környezetre. Büntudatot, feszültséget kelt mindenki-ben, akit csak érint, aki a közelben van. Csak elfojtani lehet ezt a büntudatot, feszültséget, és az elfojtott lelki tartalmak mindig kórnemzők. Ha az ápoló környezet vállalja a segítő beszélgetést a haldoklóval, akkor maga is fel tudja dolgozni ezeket a lappangó feszültségeket, és az nem válik foglalkozási ártalom-má. Különben a haldoklókkal foglalkozó orvosok és ápolónők az ismétlődő lelki megterhelések miatt veszélyeztetettek, több köztük a depressziós, alkoholisták, pszichoszomatikus beteg, mint a más területeken dolgozók között. Több a családi és az emberi konfliktus is körülöttük, mert a haldoklás következtében előállott feszültségeket öntudatlanul is magukkal viszik, szűkebb környezetükben kisugározzák. Különösen erős a büntudat és a neurotikus fe-

szültség a hozzátartozókban. Ők a szokásos kommunikációs zárlat miatt nem tudják feldolgozni a veszteségélményt, megnehezül a gyász vállalása. Ma már sokat tudunk a fontos emberi kapcsolatok elvesztésének dinamikájáról, és lassan kirajzolódik a korszerű pszichológiai kép: a kapcsolati veszteség olyan lelki trauma, mint amilyen trauma a szervezet számára a sérülés. Meg kell gyógyulni belőle, meg kell oldódnia a szövődményeknek. A lelki problémákat lehet elnyomni, elhanyagolni, de következményeik később okvetlen kiütőköznak. Meg kellene tehát előzni keletkezésüket. A megelőzés egyik pillére a hozzátartozó halálában való megfelelő pszichológiai részvétel, a haldoklótól való elbúcsúzás elősegítése. A másik pillér a korai pszichológiai foglalkozás, hogy a hozzátartozó legalább az orvosnak, pszichológusnak elmondja azt, amit a meghaltak szeretett volna. Ez különösen a hirtelen halál vagy az öngyilkosság eseteiben fontos. Ma még ezeket a lelki tennivalókat túlnyomórészt elmulasztják. Gyakran éppen a gazdasági lehetőségek hiányával védekeznek ezekkel szemben, azt mondják, hogy inkább a megmenthetőkkel kellene foglalkozni, azokra kellene fordítani a gazdasági erőket és nem a haldoklókra. Ez a logika pedig itt nem megfelelő, mert a haldoklók pszichológiai ellátása, ill. a halállal kapcsolatos pszichoterápiás segítség éppen az élők számára fontos, és ez a pszichikus és pszichoszomatikus megbetegedések elsődleges megelőzésének fontos eszköze. Ma jól tudjuk, hogy a közvetlen hozzátartozókat elvesztettek között jelentősen megnő a megbetegedések, pszichés tünetképzések, kóros viselkedési reakciók valószínűsége.

Az eutanáziára ez úgy vonatkozik, hogy az élet látszólag értelmetlen megtartása is orvosilag, pszichológiailag értelemteljes lehet, ha kilépünk a medicinában ma megszokott individuális szemléletből, és a haldoklót emberi környezetével együtt szemléljük. Ha a korszerű lélektan szempontjából nézzük a családot vagy a rokonsági rendszert, a magatehetetlen, eszméletlen haldokló nem csupán teher, hanem esetleg még eleven lehetőség arra, hogy a hozzátartozók rendezzék lelki viszonyukat a halálra készülővel, hogy még levezekeljének valamit, hogy bűntudataikat feldolgozzák. Gyakran az is mentálhigiénés érték, hogy a mindennapi rohanásból, életrutinból kiszakít a dramatikus esemény, és a haldokló helyzetének kényszerű átgondolása kieroszakol bizonyos önvizsgálatot, elősegít valami újfajta önismeretet. A halál dramatikus eseményei képlékennyé tehetnek máskor kőkemény lelki szerkezeteket. Ilyenkor a szakember, a pszichoterapeuta segítsége könnyebb, hatékonyabb. A gondolatmenethez hozzátartozik és külön ki kell emelni, hogy szinte minden emberben *érzékeny lelkiismeret* működik. Csakhogy ezt könnyen el lehet fojtani. De ha el is fojtják, működése attól még megmarad. Ilyenkor erednek

tüneti megnyilvánulások belőle. Azért kell ezt kiemelni, mert a köztudat lelkiismeretlennek, érzéketlennek véli a modern embert. Ha az emberek életét, viselkedését nézzük, ez a feltevés talán nem alaptalan. De ha a beleélő megismerés módszereivel közelítünk, ha pszichológiai szakértelemmel figyeljük az embereket, akkor a lelkiismeret élénk és megvesztegethetetlen munkájának számos nyomát találjuk, még ha az emberek tudata rendelkezik is olyan manőverezés képességével, hogy ezt önmaga elől elleplezze. A hozzátartozók és a környezet pszichológiája szempontjából tehát lehet értelme a szenvedésnek, az emberhez látszólag nem méltó értelmetlen, eszméletlen életnek, és lehet helytelen, ha aktív vagy passzív eutanázia ezt megszakítja. Persze a modern orvosi eljárások az életet esetleg valóban túlzottan is meghosszabbíthatják, mint erre a már idézett Ann Quinlan csaknem évtizedes vegetálása is bizonyított. Ez az argumentum tehát nem kategorikus cáfolat az eutanáziára, hanem csupán a mérlegelés szempontjainak körét tágítja ki.

A másik szempont rokon ezzel. A modern társadalom individuális, hedonisztikus és racionális gondolkodásmódja lassanként erodálja a segítség, a gyógyítás, az adakozás értékeit. Ez az értékerózió kiterjed az orvoslásra is. A gyógyításban is előtérbe kerülnek az áruviszonyok, a konzumértékek. Bár a beteg érdeke, java ma is „suprema lex” az orvoslásban, látható, hogy a beteg szubjektív igényei egyre kevesebb hangsúlyt kapnak. Ma ez leginkább abban mutatkozik meg, hogy a beteg egyre nagyobb mértékben válik kísérleti alannyá. Az orvosi pálya rendkívüli teljesítményorientáltsága szinte anakronisztikussá teszi a csak gyógyító szerepet. Minden orvos tudós is akar lenni egyidejűleg, és ezért szinte lelki szükséglet számára a betegen való kísérletezés. A segítség így teli lesz paradoxáival. Igaz lehet, hogy a betegeken kikísérletezett gyógymód esetleg más betegek életét megmentheti, egészségüket visszaadhatja, az adott beteg számára ez mégiscsak szenvedés. A racionális bánásmód az emberekkel az egészségügyön belül a viszonyokat rideggé, érzelemmentessé teszi. Szociológiai és pszichológiai tény, hogy szükség volna a segítő, szeretetteljes, gondoskodó viszonyulás bizonyos szembevető *szimbólumaira*. Látszólag értelmetlen, ellentmondásos viselkedés tehát válhat szimbolikus jellegénél fogva lényeges humanizáló erővé. Számos lélektani megfigyelés is mutatja, hogy a magatehetetlen, reménytelen öreg betegek, értelmi és testi fogyatékosok, akár Quinlan-féle élő preparátumok ápolása és életben tartása is alkalmas lehet arra, hogy valamelyest visszatartsa, megállítsa az egészségügyben is mutatkozó humanista értékeróziót, ugyanúgy, mint ahogyan a homoktalajt is képes megkötni valami növény fasor, olyan, ami esetleg gazdaságilag önmagában értéktelen. Ha ugyanis az élet értékelésével

kapcsolatosan teljesen a racionalitás válik uralkodóvá, akkor nagy a veszélye annak, hogy az értelmes élet kritériumai folyamatosan szűkülnek és előbb-utóbb igazságtalan határokat is átlépnek.

Voltaképpen ezt az összefüggést is konkrét szociológiai módszerekkel kellene vizsgálni. Intenzív osztályok, halállal gyakran találkozó ellátási egységek világát kellene ehhez tanulmányozni, ill. a gyógyítás különféle más, hétköznapi folyamatait. Ha az élet értékét valóban szimbolikusan képviseli a reménytelennek látszó esetekben megvalósított gondos, humánus ápolás is, akkor ez újabb szempont az eutanázia körüli vitákhoz, megfontolásokhoz, amit nem szabad figyelmen kívül hagyni. A kutatásnak itt azért van nagy jelentősége, mert a modern társadalom bizonyítékokat igényel döntési szempontjaihoz, és hiába plauzibilis ez valamilyen hagyományos axiológia – pl. valláserkölc – szemszögéből, a lélektani és társadalomtudományi adatok teszik ezt a döntéshozók számára eleven valósággá.

Egyelőre egy sor kérdés nem tisztázott az eutanáziával kapcsolatosan. Ezért talán korai is lenne a *kell*, a *legyen* oldaláról közelíteni, egyelőre a tényfeltárás, a kutató figyelem, az őszinte vita korszakában vagyunk. Fontos, hogy az eutanázia ne legyen tiltott téma, hogy őszintén nézzünk szembe vele. Mint látható, bizonyos formái már ma is megvalósultak, a modern orvoslás szinte nem is elképzelhető az eutanáziához hasonló mindennapi döntések nélkül, de általános társadalmi méretekben is megjelenik, és még inkább megjelenhet a probléma. Nem bújhatunk el előle.

III. RÉSZ KÍSÉRLETEK A SZINTÉZISRE

Az öngyilkosság pszichoszociális okai és folyamatai

Az öngyilkosság vagy annak kísérlete *tudatos, önreflexív cselekvés*, erre csak ember képes, az az élőlény, amely nemcsak saját életének megszüntetését képes megtervezni és végrehajtani, hanem amely saját létének folyamatát is át tudja élni, tisztában van a halállal és annak jelentőségével, legalábbis saját egzisztenciájára vetítve. Az öngyilkosságban mindig *indítékok* játszanak szerepet, emögött érzelmek, indulatok és kognitív struktúrák rejlenek. Mint Shneidman és mások feltárták, elsődlegesen soha sem a halál az önpusztítás motívuma, hanem valamilyen *elviselhetetlennek ítélt* állapot vagy helyzet megszüntetése. Ez lehet fájdalom, közvetlen szenvedés, szégyen, önértékelési zavar vagy krízis, veszteség, magába maradás, vagy más veszély, amely közvetlenül vagy kikerülhetetlenül fenyeget. Az öngyilkossági cselekvést is vezérli a viselkedésszabályozás *utilitárius* elve, illetve a Freud által annyira kiemelt n.b. *örömelv*, illetve a *kínkerülés* elve. Az öngyilkosság rövidzárlatos utilitarizmusa abban nyilvánul meg, hogy az önpusztító akcióra készülő személyiség helyzetértékelése szerint a saját halál előidézése, bármennyire félelmetes és fájdalmas, későbbi nagyobb kín, nagyobb kellemetlenség elkerülését teszi lehetővé (Pöhls 1987). Az öngyilkosság lélektani eseményeiben mindig az illető személyiség *belső* vonatkoztatási rendszere (internal frame of reference) a lényeges, ezért az öngyilkosság megértése *empátia* nélkül elképzelhetetlen (Buda 1993). Külső vonatkoztatási keretből nézve az öngyilkos ember utilitárius következtetési módja gyakran logikai hibákat, túlzott általánosításokat és értékeléseket, torz következtetéseket mutat, és az eltérés a szokott, konszenzuális logikától, az általánosan elfogadott következtetési rendtől gyakran diagnosztikai támpont lehet.

Így alakíthatók ki olyan modellek, mint pl. Ringel *preszuicidális szindrómája*, így lehet következtetni depresszív mechanizmusokra, esetleg pszichotikus révületre vagy rövidzárlati cselekményre. A révület vagy a rövidzárlati cselekmény lehetősége ismételten felvetődik az öngyilkossággal kapcsolatosan, mert sok öngyilkossági cselekmény megmagyarázhatatlannak tűnik. Igen régóta használatos ezért a köznyelvben is, századai pszichiátriai elnevezésből eredően, a „pillanatnyi elmezavar” kifejezése. A gyakorlatban azonban

valóban hirtelen keletkező és cselekvésben megnyilvánuló öngyilkossági reakciók, vagy pedig az öngyilkosság kognitív-emocionális antecedenciái találhatók meg, pl. az említett preszuicidális szindróma formájában. Az öngyilkossági ideáció és készletés bűvópatakként meg-megjelenhet, és előfordulhat, hogy a cselekmény határozott motivációs állapota ennek nyomán viszonylag hirtelen jelenik meg, pl. a krízis tudati felidéződésének összekapcsolódásakor a cselekményre alkalmas eszköz megpillantásával (Linden 1969).

Általánosságban elmondható, hogy az öngyilkosság motivációs „megéresse” rendszerint hosszabb, napokra, hetekre vagy még hosszabb időre kiterjedő folyamat, amelyben a személyiség mindig megpróbálja leküzdeni a készletést, és problémájára valamilyen más megoldást keres. Ennek jele a sokszor leírt segítségkérés, a „cry for help” szindróma, az öngyilkossági szándék különféle kódolt jelzése, a szignifikáns emberi kapcsolatok felkeresése stb.

Önálló változat az érzelmi feszültség, illetve az öngyilkosságot közvetlenül kiváltó krízis, probléma, élmény (pl. veszteség) szenvedélynyomásának mértéke. Ha a fájdalom, szenvedés nagy, ha a jövőtől való félelem erős (pl. veszteségek hirtelen átélése után, vagy életet fenyegető betegségekben, ritkábban az életet fenyegető külső veszélyek, pl. természeti katasztrófa, politikai üldözés, büntett miatti felelősségre vonás, biztos megsemmisülés stb.), az öngyilkossági reakcióban benne lévő menekülési törekvés quasi utilitárius mozzanata aránylag gyorsan a cselekvéshez elegendő méretűvé duzzaszthatja az öngyilkossági motivációt, különösen akkor, ha a krízisben lévő személyiség egyedül van, nincs körülötte kontaktus, szociális védőháló. Önálló emocionális, illetve motivációs tényező lehet az erős büntudat vagy a nagymértékű megvetés, elutasítás a saját énnel szemben. A depresszió vagy a pszichiátriai betegség gyakran a büntudat kóros kognitív-emocionális struktúrája révén hat öngyilkosságkeltőként, a büntudat lehet teljesen téveseszméi struktúra, ún. mikromán vagy bűnösségi téveseszme. A saját én megvetésének, hibáztatásának, elítélésének, mintegy megbüntetésének, megölésének szerkezete azonban ritkábban pszichotikus jellegű, többféle árnyalatban jelenhet meg, pl. a Freud és Stekel által hangsúlyozott formában, amikor az öngyilkos ún. introjektált, inkorporált én-részt kíván megölni, és ez az én-rész gyakran annak a kapcsolati partnernek az „imágója”, akinek hiányát a személyiség nem képes elviselni, vagy pedig úgy, ahogy Ringel fogja fel (Adler nyomán), vagyis a saját én a kudarcokért felelős a személyiség belső ítélőszéke előtt, és a személyiség az öngyilkosság aktusával próbálja integrálni önmagát, mintegy „férfias tiltakozás” képében.

Az öngyilkossági krízisben az érzelmek rendszerint affektussá, indulati erősségűvé válnak, és ez késztetés-jellegű. Az erős indulat késztetési töltete teszi lehetővé a különösen erőteljes, agresszív önpusztító cselekményeket, pl. a saját torok átvágása, szívszúrás, vonat elé ugrás, magas helyről való leugrás stb. Ilyenkor a fájdalomról, a roncsolódástól mindenben meglévő félelmet legyőzi a nagy indulati töltés. A „pillanatnyi elmezavarban” ilyen indulati erő ritkán jelenik meg, a magas helyről való leugrás vagy a fegyveres öngyilkosság eseteiben gyakran hiányzik a nagy agresszív késztetés, inkább az ún. *orosz rulett tényező kerül* előtérbe, illetve a cselekmény pozitív fantáziákkal vonódik be, néha a következmények végiggondolását alkoholos vagy gyógyszeres befolyásoltság is tompítja. Sajátos az önakasztás motivációs állapota, vagy a gázzal történő öngyilkosság, e két viselkedésmód motivációs folyamatait jóformán nem vizsgálták, holott még ezeknek a veszélyes, szenvedéssel járó, de a tudatot hamar kikapcsoló, az egész öngyilkosságban nagyon nagy szerepet játszó módszernek is vannak túlélői, cselekvésben megakadályozott esetei.

Az érzelmi-indulati krízis súlyossága, illetve feszültség-dinamikája és az egzisztenciális helyzet kognitív minősítése az a két tengely, amelyben az öngyilkosság újabban nagyon divatosá váló biológiai magyarázatai kereskednek. Az agresszió-szabályozás zavara, az impulzivitás, az agresszió és impulzivitás kontrolljának zavara számos neurotranszmitter rendszerrel összefügg, és ezekben találunk eltéréseket a modern vizsgálatok, amelyek egy része pedig a likvorban és más testnedvekben különféle markereket keres, vagy újabban MR vagy pozitron-emissziós tomográfia segítségével különféle biokémiai folyamatokat követ. A biológiai eltérések mögött akár örökletes hajlamosító tényezők is rejtőzködhetnek, akár pedig vonatkoztatható a biológiai faktorokra a *vulnerabilitás* modellje, amely a pszichiátriai betegségekben egyébként is gyakran használatos. A kognitív torzítás lehet a pszichiátriai megbetegedések következménye is.

Mind a kognitív torzítások tekintetében, mind pedig a neurotranszmitter-zavarok mögött újabban főleg a *depressziót* gyanítják. A nozológiai fogalom kiterjesztett értelmű, mindenképpen valamiféle endogén, primér, immanens patológiai állapot rejlik az elméletek mélyén, amely akkor is lehet súlyos, ha fenomenológiailag súlyos, mint pl. melankóliában, egy mániás-depresszív betegségben, de akkor is, ha fenomenológiailag nem súlyos, akár észrevétlen, vagy „larvált” is. Ezen kívül a depresszió jelentkezhet szkizofréniában vagy más eredetű pszichózisban (pl. az antipszichotikus szerek „depresszió keltő” hatása miatt), vagy alkoholizmusban (az ivás következtében előálló neuro-

transzmitter-depletálódás, újrafelszívódás, receptor-elváltozás stb. következtében). A fogalom így egyfajta „Jolly Joker”, amely mindent megmagyaráz. Tautológikus jellege miatt a mai pszichiátriában használatos kétfaktoros, korrelatív módszer uralma révén mindig „bizonyítható” is, vagyis kis fáradtsággal megtalálható minden öngyilkossági cselekmény mögött az öngyilkosság. Az új diagnosztikai rendszerek tünetlistái, amelyekből elég bizonyos számú tünet előfordulását megállapítani, mindig megtalálják a depressziót a heteroanamnézisben vagy a post mortem esemény-rekonstrukcióban.

A pszichiátriai gyakorlat alapján a depresszió e szerepe rekonstruálható és megérthető, azonban ez tudományosan körbeforgást eredményez, egyfajta zsákutca, amely nagyon sok energiát visz el, emellett mind a terápia, mind pedig a megelőzés szempontjából káros. A kutatások többsége azt mutatja, hogy a depresszió „megfelelő” kezelése nem csökkenti az öngyilkosság gyakoriságát. A pozitív észlelések egy része tévedés, ám ezeknek tanulságát nem vonják le (pl. a nyolcvanas évek elején végzett ún. Gotland-vizsgálatban a svéd szigeten dolgozó körzeti orvosokat képezték a depresszió diagnózisára és gyógyszeres kezelésére, és ennek tulajdonították a következő évek öngyilkossági esetszám-csökkenését, holott nyilvánvaló lett, hogy időszakos ingadozásról van szó, amely a sziget öngyilkossági történetében máskor is előfordult, és a vizsgálatot követő években az öngyilkosságok száma ismét megnövekedett; itt egyébként az alacsony esetszámok hibalehetőségei is közrejátszottak, erre pedig már a szuicidológiában régóta, sokan felhívták a figyelmet). Más részében nem zárható ki a szelekciós hiba (pl. a követéses vizsgálatokban, beleértve az amerikai NIMH vizsgálatát is).

Elvben természetesen nem zárható ki sem öröklés, sem pszichiátriai betegség, de az öngyilkossági események gyakoriságában, arányszámában mutatkozó trendek és időszakos változások nehezen magyarázhatóvá teszik a biológiai oki tényezők szerepét, hacsak azokat nem pszichoszociális folyamatok következményének, vagy egyszerűen neuropszichológiai folyamatok szubsztrátumának vesszük. Vagyis a pszichológiai trauma, a veszteség, a krízis emocionális hullámszámai nyilvánvalóan neurobiológiai folyamatokat indítanak el és azokon át érvényesülnek (különben valami absztrakt „lelket” kellene feltételeznünk). Igen valószínű, hogy a biológiai kutatások majd valamilyen módon integrálódnak pszichológia, pszichoszociális elméletekbe, és különféle önálló értelmük (pl. a gyógyszerterápiával kapcsolatosan) is megfogalmazódik a depresszió ellátása szempontjából. Egyenlőre azonban az öngyilkosság magyarázatában nincs sok helyértékük, ha a magyarázat a kezelés és a megelőzés szempontjából releváns elméletet jelent.

Az öngyilkosság e „magyarázata” mindenképpen a személyiség egzisztenciális helyzetében és ezzel kapcsolatos élményvilágában, illetve a személyiségfejlődés korábbi folyamatában magyarázható. Közvetlenül az érzelmi krízis, a kognitív helyzetdefiníció, a szociális térben az elmagányosodás, a frusztráció, illetve a kivetettség, az agressziók átélése, az elutasítás a lényeges, hosszabb távon, de még mindig viszonylag közvetlenül pedig a *szuicid fantáziák* és a *szuicid ideáció* megléte.

E faktor sajátos szociális hatást tükröz, itt kapcsolódik be az újabban sokat kutatott *imitációs* tényező, a *modellhatás*, illetve a *szuggesztív hatás*, a „Werther effektus”. Ez egyfajta „*szuicidális szocializációról*” tételről, amely mintegy szentizálja a későbbi modellhatásokra, amelyek mintegy kioldják, a puska ravaszához hasonló módon (triggering) az öngyilkosságot (Bollen, Phillips 1982, Philips, Carstensen 1986, Gould, Schaffer 1986, Schmidtke, Häfner 1988 stb.). A vizsgálatok többsége az imitációs effektus bizonyítására irányul, ezzel szemben az imitációs, modellkövető mechanizmus az érdekes, amely alkalmas arra, hogy az öngyilkosság *kognitív képletének* szociális tanulási folyamatát megmagyarázza. Ez nemcsak általános szociokulturális vonatkozásban használható elmélet (vagyis úgy, hogy pl. az öngyilkossági események gyakorisága és a kultúra öngyilkossággal kapcsolatos permisszív attitűdje értelmezhetővé teszi, hogy az öngyilkosságról sokat tanulnak meg az emberek életük folyamatában), hanem a mikrokulturális, pszichoszociális vonatkozásban is, hiszen megmagyarázhatóvá teszi a régió, a szubkultúra, a közvetlen közösség, illetve a család vagy a rokonsági rendszerek speciális szocializáló hatásait is, a szocializáció fogalmának indirekt, modellkövető, modellnyújtó értelmében. Klinikai és mindennapi tapasztalatokból jól ismert, hogyan jelenik meg a tudatban, méginkább a fantáziákban a környezetben megtörtént *szuicidális* események képe, és hogyan idéződik ez fel a krízisek idején, különösen azoké, amelyek az adott krízisre „ráillenek”. Ez akár évtizedekkel később is történhet, pl. idős, elmagányosodott vagy családi szerepét veszített férfiben a hasonló öregek önkasztásos öngyilkossága stb. Jól értelmezhető e tényező révén az ismert évfordulói krízis, amikor a szülő vagy a testvér életkorába jutva szinte vonz annak öngyilkossági mintája, különösen, ha az azonos nemű szülőről, vagy azonos nemű testvérről van szó. De itt különböző – az élményekből, tapasztalatokból, illetve a „vikariáló tanulás” (azaz a környezet elbeszéléseiből, sőt, egyes esetekben szuggesztív hatású irodalmi művekből vagy filmekből vett példák szimbolikus szerepe révén közvetített tanulás, amely a fantáziákban formálódik és rögzül jelképes „jutalmazásokon” át). Ez a magyarázó elv a gyakorlatban igen fontos, sok körül-

ményt értelmezhetővé tesz, pl. az említett „búvópatak” jelenséget vagy az öngyilkossági ideáció és készletelés látszólag „megfoghatatlan”, „érthetetlen” felmerülését, mert hiszen rámutat a tanulási folyamatra és megvilágítja az „inkubáció” körülményét.

Aránylag közeli faktor még az *interperszonális tér*, amelyben a személyiség él. A támaszrendszerek hiánya, az elutasítás, kirekesztés, a közösségi megítélés faktora jelentkezik itt, amely szinte taszítja az egyént az öngyilkosság felé, illetve nem húzza vissza attól, nem védi meg a saját agresszív impulzusaitól, illetve nem képes gátat vetni a saját élethelyzet olyanfajta kognitív átértelmezésének, amely a kilátástalanságot, a reménytelenséget termeli ki a tudatban, az élményvilágban.

A betegség vagy más hasonló körülmények (pl. az alkoholizmus) ezen a mechanizmuson át is válhatnak oki elemmé az öngyilkossági krízisben. A személyiség izolálódik, értéktelennek éli meg önmagát, a környezet valódi vagy vélt elutasításai krízisként jelentkeznek, ezt felerősíti az alapvető állapotmeghatározó folyamat imminens következményeinek tudata, és ebből eredhet az öngyilkosság. Itt lép be az életkor és a nem, az idős ember helyzete a modern társadalmakban általában előnytelen, objektív és szubjektív okokból egyaránt, és a két nemre is különböző elvárások és normatív hatások irányulnak (ezek a férfiak szempontjából érvényesülnek súlyosabban). Idősek esetében a kognitív képességek romlása, illetve az adaptációs képességek csökkenése is szerepet játszik, míg a férfiak nemi szerepe nagyobb affektív dinamikával jár (talán a nem biológiájából eredően is, de mindenképpen a sajátos szerepszocializáció miatt). A betegségek között a pszichiátriai betegségek is hathatnak nemspecifikusan, egyrészt a személyiség átéli a saját kontrollvesztését a környezete felett, az autonómiája csorbulását pl. a betegség-karrier miatt, illetve a kezelési folyamat során él át leértékelődést, autonómiavesztést, nem egyszer kirekesztést él meg. A depresszió lehet mindezeknek a folyamatoknak a reaktív kísérőjelensége is, mint ahogyan azoknak a konfliktusoknak, meghíúsulásoknak, veszteségeknek és kríziseknek is, amelyek az öngyilkossággal együtt szoktak járni.

A személyiségfejlődésben korábban, tehát az öngyilkossági eseménytől távolabb az ismert és sokféleképpen leírt hajlamosító tényezők sokasága állhat. Sajátos karaktertorzulás és személyiségzavar, narcisztikus énfelzárkózás (pl. Linehan 1993, Kernberg 1993), általános neuroticitás, a „coping” mechanizmusainak kialakulatlansága, különféle nemspecifikus szenzitiváló tényezők (pl. Lester, Beck 1976), különféle devianciák, kommunikációs zavarok (ame-

lyek szexuális és párkapcsolati defektusok fenntartói lehetnek) stb. játszhatnak itt szerepet.

Szociokulturális vonatkozásban az ismert hajlamosító körülmények (pl. anómia, nagy horizontális és vertikális társadalmi mozgások stb.) az izoláció valószínűségét növelhetik, fokozott versengést, rejekciós készséget eredményezhetnek az emberi kapcsolatokban, speciális stresszeket és traumákat okozhatnak, megnehezíthetik a feszültségek kompenzációját vagy feldolgozását, és ronthatják a bajbajutottak, krízisben lévők intézményes segítségének lehetőségeit. Önálló tényező lehet itt a társadalmi integráció néhány olyan meghatározója, mint a vallás, a közösségben lévő emberi viszonyrendszerek állapota, a közösségi segítségnyújtási viszonyok helyzete. Pl. a tradicionális közösségek meggyengülése, illetve a vallásból való kiszakadás migráció vagy urbanizáció folytán olyan folyamatrendszer, amely mindig szuicidogén hatású, mégpedig jelképes „dózisarányosságban”, vagyis attól függően, milyen gyorsan alakulnak ki ezek a változások, milyen gyors és kiterjedt a társadalmi mozgás, átalakulás. E folyamatokkal együtt jár az *individuáció*, amely nagyon fontos körülmény, mert a védő társas hatások meggyengülésével jár, és az önérvényesítés szándéka, a személyes autonómia központi értéke, a magas aspirációs nível miatt a személyiséget sebezhetővé teszi. Az individuáció hatása főleg abban nyilvánul meg, hogy a magasan individualizált ember olyan élethelyzeteket is elfogadhatatlannak minősít, amilyeneket mások még elviselnek. Az individuációra jellemző az öngyilkosság időskori gyakorisága, hiszen az öregedés az individuáció különböző kríziseit hozza magával.

Önálló tényezősor a kultúra elfogadó természete az öngyilkossággal kapcsolatosan, ebben sokféle faktor van, a permisszív attitűdöktől az öngyilkosság heroizálásáig, tiltakozásként való felhasználásáig. A kultúra tényezősorában van benne, hogy az adott kultúra milyen „jelentéseket”, értelmeket tulajdonít a szuicid akcióknak. A szuicidium mint tiltakozás vagy figyelemfelhívás játszik nagy szerepet az öngyilkossági kísérletekben, és ez sok szempontból eltérő jelentés-tartomány, mint ami a felnőttkori, illetve az időskori öngyilkosságot jellemzi. Ez indokolja a paraszuicidium fogalmi elkülönítését. Kétségtelen azonban, hogy a paraszuicidium is, mint egy jéghegy teste (amibe valószínűleg beletartoznak az önpusztító addikciók és a kulturálisan facilitált vagy kiváltott különböző veszélykereső, fatalisztikus, a testtel és a betegségekkel kapcsolatosan indolens stb. viselkedésformák is), az öngyilkosság része, hiszen a paraszuicidiumok eseményei is résztvesznek a szuicidium említett „szocializációs folyamatában”, mind másokra gyakorolt modellhatásuk, mind pedig a személyiségben rögzült, és később könnyen aktiválódó viselke-

désminta effektusoknál fogva. E „jéghegyben” valószínűleg benne van a protektív társadalmi rítusok elhalványulása, szekularizált társadalmak viszonya a halál jelenségéhez (tagadás, elfojtás, elkerülés, a gyászmechanizmus megzavart lefolyása stb.).

Igen valószínű, hogy a nagy társadalmi mozgások a szociális és kulturális változásokon át hatnak az egyénekre és az egyéneket körülvevő kapcsolat-struktúrákra, és így lehetséges, hogy időszakosan és helyenként öngyilkossági gyakorisági növekedések vagy csökkenések indulnak el, illetve az öngyilkosságok demográfiai, geográfiai és más szociokulturális eloszlási viszonyai változnak. E makroszociális változások nagyon erősek, ehhez képest az elmúlt kb. fél évszázadban kialakult ellátó és megelőző kapacitások túl gyengék, túl fejletlenek ahhoz, hogy számottevő tényezők legyenek, amelyek védő hatásokat fejthetnek ki az öngyilkosság szempontjából.

Bizonyos társadalmakban azonban a segítő szakmák és ezek intézményes rendszerei fejletlenségük vagy hiányuk, illetve működészavaraik révén hozzájárulhatnak az öngyilkossági helyzethez. E társadalmak rendszerint magasan individualizáltak, és hosszabb ideig éltek represszív politikai körülmények között, amelyekben az alkoholfogyasztás volt a stresszeknek leginkább kitett rétegek fő „coping” mechanizmusa. Nyilvánvaló, hogy ilyenek a volt ún. szocialista országok, köztük Magyarország is. Ezekben a pszichiátriai fejletlensége és korszerűtlensége, a pszichoterápia kialakulatlansága, egyes segítő szakmák (pl. szociális munkások) hiánya, a közösségi emberbaráti segítő és önsegítő mozgások visszafojtása stb. nemcsak az öngyilkossági krízisállapotok kezelését tette nehezzé, hanem az alkoholabúzus és az alkoholizmus destruktív hatásainak kivédését is. Ezekben az országokban általában hiányzott a családvédelem és családgondozás is, és a hivatalos szocializációs intézményekben semmiféle lélektani védelmi mechanizmus tanítása és gyakoroltatása nem valósulhat meg (pl. szexuális nevelés, kommunikációs fejlesztés, az életfolyamat ifjúkori változási időszakában nyújtott tanácsadás stb.), amely persze más országokban is többnyire hiányosan, és kerülő utakon (pl. közösségi találkozási alkalmakban, egyházi nevelésben stb.) tudtak megjelenni, de mennyiségileg mégis jelentősebb mértékben, és így azért protektív hatásokat fejtve ki. Valószínű, hogy a fejlett nyugati országokban az elmeegészségügyi ellátásnak és a lelki segítő foglalkozásoknak és lakossági mozgalmaknak mégis van valamilyen relatív – és szummatív – védő effektusa.

A magyar öngyilkossági helyzet okai

A magyar öngyilkossági helyzet sok szempontból sajátos, és az utóbbi negyven évben az öngyilkosságok arányszámának az ötvenes évektől tartó folyamatos növekedése, majd az utóbbi kb. 10 évben e trend megállása és csökkenése valamiféle „szociális laboratórium” tette volna az országot az öngyilkosság kutatása szempontjából. Különösen a társadalmi változások és az öngyilkosság kapcsolata, és ezen belül is a különböző tényezők és folyamatok összekapcsolódása lehetett volna a megismerés tárgya. Sajnos a vizsgálódásokra a nyolcvanas évek elejéig kevés mód volt, az addig eltelt időszak részben az öngyilkosság problémájának általános megvilágításával, részben a megelőzés kísérleteivel telt el. A nyolcvanas évektől a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatási főirányban születtek figyelemreméltó vizsgálatok, kialakultak hazai kutatóműhelyek, és legalább néhány ember fő érdeklődési területének választotta a szuicidológiát. Az öngyilkossággal foglalkozó szakirodalom nem vállalkozott a magyar sajátosságok értelmezésére. Csak néhány olyan közlemény volt, amelyet valamiféle átfogó magyarázat törekvése vezetett.

Egyik ilyen korai munka Szigeti Péter (1979) írása volt, ő hívta fel talán legelőször és legélesebben a közfigyelmet az öngyilkosság növekvő trendjére, ő húzta alá a magyar öngyilkossági helyzetben az idősebb korosztályok nagy és növekvő részvételét, és ő mutatta ki, hogy az öngyilkossági növekedés a legnagyobb mértékű a városi munkásság, főleg a szakképzetlen segédmunkás réteg, illetve a falusi, mezőgazdasági munkások között. Az ő statisztikai elemzésében, amelyet később még egyszer összefoglalt (Szigeti 1986) a magyar öngyilkosság a sajátos társadalmi dezintegráció tükré, amely bizonyos társadalmi rétegekben erőteljesebben jelentkezik. Ez nagyjából egybeesik a TBZ vizsgálatok konklúziójával, amelyek az ötvenes és hatvanas években különösen meggyorsuló, sok szempontból mesterségesen erőltetett horizontális és vertikális mobilitás, ebben a szervetlen urbanizáció és a falvak, kistelepülések gyors kiürülése szerepét mutatta ki, amely ugyancsak a dezintegrációt fokozza (Andorka és mtsai 1986, Münnich 1988). Szigeti később felhagyott az öngyilkosság vizsgálatával, bár – szóbeli közlése szerint – a nyolcvanas évek közepén új, érdekes nyomon volt, a statisztikai adatokból

kohors-effektusokat vélt találni, amely egyes korcsoportok folyamatos, nagy öngyilkossági növekményét megmagyarázták, hiszen ahogyan a korcsoportok idősebbek lettek, úgy nagy és növekvő rátájuk befolyásolta az összgyakoriságot, összarányszámot. Szerinte ez az effektus a húszas években születettektől kezdődött, és így még akár speciális társadalmi hatásokra (traumákra?) is lehetett gondolni a kohors-effektus magyarázatában. Ilyenfajta szabályszerűségek más országokban is megfigyelhetők, ezt nagyon nehéz vizsgálni, mindenesetre kár, hogy ez a hipotézis tisztázatlan maradt.

A további magyarázatok előbb főleg biológiai szabályszerűségeket emeltek ki. A nyolcvanas évek elején tették közzé a KSH felmérését egy év budapesti öngyilkosságairól, ebben igazságügyi orvosok és antropológusok is közreműködtek, és ebben azt állapították meg, hogy az öngyilkosok szomatikus, biológiai állapota rosszabb, mint a velük összemérhető átlagé, különösen az érlemeszesedés, az érrendszer státusa szempontjából. Magasnak találták az öngyilkosok között a kezelt pszichiátriai betegségek arányát. A nyolcvanas években Arató és munkatársai ugyancsak budapesti öngyilkosságok 200 konzekutív esetét vizsgálva az esetek kb. felét major, endogén depressziónak találta (főleg heteroanamnesztikus adatokból visszakövetkeztetve), amely állapotot azonban az esetek többségében nem diagnosztizáltak. Rihmer és munkatársai továbbvitték a depressziós hipotézist, és számos közleményben próbálták ezt alátámasztani. Az ismert magyar regionális megoszlási különbségeket, amelyekből a kutatók eddig főleg regionális kulturális különbségekre következtettek, és amelyeket inkább szociokulturális hipotézisek kiindulópontjának tekintettek, pl. összefüggésbe hozták a depresszió diagnózis gyakoriságával. A magas öngyilkossági arányszámú megyékben a depresszió diagnózisát alacsonyabbnak találták, mint az alacsonyabb gyakoriságú megyékben (pl. Rihmer, Barsi, Víg 1989). Később hasonló negatív összefüggést találtak az öngyilkossági gyakoriság és az antidepresszánsok fogyasztása között. Feltevésünk szerint Magyarországon a major, endogén depressziókat aluldiagnosztizálják és nem, vagy elégtelenül kezelik, a magas öngyilkossági arányszámú régiókban különösen, és ez lenne a speciálisan magas magyar öngyilkossági gyakoriság magyarázata.

A biológiai hipotézis nem tekinthető bizonyítottnak. A retrospektív diagnózis a tág kategóriák miatt kétséges. A diagnosztikus kritériumok a depressziók prevalenciáját illetően is számos problémát okozhatnak, de ezen kívül számításba kell venni, hogy hazánkban nem léteznek megbízható epidemiológiai adatok. Rihmer és munkatársai pl. az OIEI (OPNI) szervezési osztályának adatait használták, ezek az adatok az év utolsó hetében ápolat esetek

klinikai diagnózisát összegzik. Ez az időszak semmiképpen nem reprezentatív, és a klinikai diagnózisok számos hibaforrást rejtenek magukban, többek között a kitöltési fegyelem hibalehetőségeit is. A klinikai diagnózist számos esetleges körülmény is befolyásolja (ma pl. a klinikai diagnózisokból lehetetlen kiindulni, hiszen ezeket a diagnózist adók vélt érdekei, a diagnózisokkal nyerhető betegbiztosítási pontszámok előnyei határozzák meg).

A biológiai magyarázat egybeesett a depressziók kezelésével kapcsolatos erőteljes gyógyszergyári kampányokkal, amelyek jegyében az antidepresszáns kezelések elterjedtek, az antidepresszáns gyógyszerek felírása enormisan nőtt. A depresszió oki szerepe újabb kutatásokban nem tisztázódott. Ezt az összefüggést tovább kellene kutatni.

Zonda a biológiai magyarázatot kétségbe vonja. A különböző deviancia-térképek vizsgálatai szerint nem esnek egybe. Ez különösen az alkohol és a neuroticitás szempontjából érdekes, hiszen az alkoholizmus és a neurózis magas prevalenciája rejthetné magában a nem diagnosztizált depressziósokat. Zonda vizsgálatai szerint a török hódoltsági terület sem esik egybe a magas öngyilkossági arányszámú területekkel az országban, és külön érdekesség, hogy e területek magyar lakosságát jórészt elpusztították és kitelepítették, majd a különféle betelepült és asszimilálódott néprétegek öngyilkossági arányszáma az utolsó kb. 150-200 évben permanensen magas (Zonda 1990). Ez a tény valamilyen speciális magyar kulturális (vagy biológiai) hajlam ellen szól. A magyar nép „öngyilkos” jellegének cáfolatára Zonda külön könyvet is írt, hangsúlyozva, hogy nem mutatható ki semmiféle markáns kulturális sajátosság, amely jellegzetes magyar öngyilkosságot termelne ki (Zonda 1995). Az alapos és elegáns kötet ízekre szedi a depressziós hipotézist (amely egyébként az utóbbi években a pszichiáterek többségében elfogadást nyert, mivel a nemzetközi irodalom is a depressziót és a depresszió formakörével szorosan összefüggő agyi biokémiai rendellenességeket emeli ki oki tényezőként az öngyilkosságban. Zonda ugyanakkor számos szociokulturális körülményt megemlít, amely a nagy öngyilkosság-gyakoriságú területeken hozzájárulhat az öngyilkosságok nagyobb számához, de ezeket számottevő oki meghatározóként nem tudja bizonyítani.

Zondához hasonlóan a depresszió központi szerepét nem fogadja el Osváth Károly sem. Főleg az utóbbi években tartott előadásaiban húzza alá, hogy a magyar öngyilkossági helyzetben szocializációs defektusok és a stressz-elaboráció hibás módjai és mintái játszhatnak szerepet, és ezek összefüggésben lehetnek szociokulturális folyamatokkal. Véleménye szerint a hazai viszonyok jól mutatják, hogy az öngyilkossági kísérleteket nem célszerű

elválasztani a szuicidium jelenségtörétől (mint ezt pl. a paraszuicidium koncepciója sugallná), mert az öngyilkossági kísérletek hosszmetzetben részt vesznek az öngyilkosságok dinamikájában. Ozsváth Károly és munkatársai közleményei főleg a baranyai régió öngyilkossági és öngyilkossági kísérleteivel kapcsolatos helyzetet tárták fel igen részletesen és nagy módszertani alapaossággal.

Ozsváth Károly dr. és munkatársai közül Fekete Sándor dr. vizsgálta szisztematikusan a baranyai régióban már korábban észlelt imitációs effektust, a különböző öngyilkossági járványokat. A Gramoxon nevű növényvédőszer sorozatos öngyilkossági felhasználása volt az első ilyen vizsgált öngyilkossági hullám. Később a szépségkirálynő halála és a Lidocain segítségével megkísérelt vagy elkövetett öngyilkosságok hullámát vizsgálták (Fekete, Kelemen 1989, Fekete, Marton 1994, Fekete, Mácsay, Vadas 1991). A tömegkommunikáció modellnyújtó befolyását (Phillips és Schmidtke nyomán) sikerült kimutatni nálunk is (Fekete 1995).

Ez a tényező sajátos szerepet játszhat a magyar öngyilkosságban. A nagy magyar gyakoriság azt jelenti, hogy az öngyilkossági minta jelen van a mindennapi életben, és ezzel foglalkozik a közvélemény is. Így a minta mind szocializációs, mint pedig közvetlen, incitativ hatást is kifejthet. Saját, folyamatban lévő vizsgálatomban életrajzok és visszaemlékezések elemzésében mutatható ki, hogy öngyilkossági halállal az emberek jelentős része találkozott életében, és ez elég nagy benyomást gyakorolt rá, emlékezetes volt számára még az a mód is, ahogyan ezt a halálesetet a környezet kommentálta (meglepően gyakran pozitív konnotációval). A magyar hősök és nagy emberek gyakori öngyilkosságára és ennek modell-jellegére Fekete is ismételt felhívta a figyelmet. Shneidman korábbi megállapítása, hogy az öngyilkosságok gyakorisága egy kultúrában összefügg az öngyilkosság „heroizálásának” fokával, nagyon relevánsnak látszik Magyarország szempontjából. Az öngyilkossági modellek számának és nyilvánosságának hólabdaszerű növekedése történeti vizsgálatokkal is kimutatható, pl. igen szemléletesen a magas öngyilkosságprevalenciájú dél-alföldi területeken (Böszörményi 1911). Zonda történeti vizsgálatai pedig azt mutatják ki, hogy a nyolcszázas évekig Magyarországon csak szórványos, és következtethetően a mindennapi köztudatban jelenlévő az öngyilkosság (Zonda 1991).

Ha ehhez hozzávesszük, hogy a nagy öngyilkossági gyakoriságú területeken sok vizsgálat szerint az öngyilkossággal kapcsolatos elfogadó attitűd erős (és ez megnyilvánul abban is, hogy ezeken a területeken még kevésbé rejtik, titkolják az öngyilkossági történeteket a családban, anamnézisben), akkor

máris egy specifikumhoz jutunk, amely a magyarországi öngyilkosságot legalább mechanizmusában megvilágítja. Az elfogadó attitűd speciális mértékét persze több kutató, köztük Zonda, nem tartja kellően bizonyítottnak. A gyakorlat, a klinikum is azonban ezt mutatja. Számos jel mutat arra, hogy a dél-alföldi régióban a nagyobb nyilvánosság az öngyilkosság körül hozzájárul a járványszerű események, elsősorban az idős férfiak önakasztási divatjának fennmaradásában.

Ez a mechanizmus az adott régióban mint fő, vezető konfliktusmegoldási, stresszfeldolgozási mód megmagyarázhatja az öngyilkosságok jellegzetes gyakoriságát, történeti távlatokban is. Mint sajátos kulturális mechanizmus lehet független a régióban lakók etnikus, vallási, szocioökonómikus összetételétől. Ez megvilágíthatja, hogy pl. az utóbbi évtizedek nagy migrációi miatt nem befolyásolták jelentősen a régiókban a történetileg jellegzetes öngyilkossági arányszámokat (noha folyamatosan volt bennük mozgás amely értelmezést igényelne).

Különféle hajlamosító tényezők is számításba vehetők, pl. a protestáns vallások elterjedése a magas gyakoriságú régiókban, de általában az aktív vallásosság alacsony szintje, különösen az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett csoportokban (felölt és idős férfiak). Kopp és Skrabski nagy felmérése azt mutatja, hogy az öngyilkossági ideációk általában nagyon magas arányúak a lakosságban, annak legkülönbözőbb rétegeiben (Kopp, Skrabski 1995). A minta tehát jelen van, és az öngyilkossági kísérletek, mint erre Ozsváth és mások rámutatnak, a minta továbbadásában jelentős szerepet játszanak, és a mintát a személyiségbe magába is bevésik, részben magyarázva, hogy az öngyilkossági kísérlet, különösen az ismételt, miért jelent nagy (és az ismétlések száma szerint növekvő) kockázati tényezőt az öngyilkossági halál szempontjából.

Valószínűleg az alkohol is közrejátszik a magyar öngyilkossági helyzetben, és valamiféle közvetítő tényező, amely azonban időben nagyon eltolódó módon érvényesül, hiszen pl. sok év múlva jelentkezik a nagymértékű italfogyasztás pszichiátriai szövödmények vagy szociális konfliktusok és izolálódás formájában. Az alkoholabúzusról és az alkoholizmusról sincsenek megfelelő adataink, a kezelt alkoholisták száma vagy a fogyasztási adatok sora nem nyújt biztos felvilágosítást, számos esetleges tényező hatását tükrözheti. Nem tudjuk a különféle ivási szokásokat sem, pl. a tömény szesz fogyasztásának mértékét az egyes régiókban vagy lakossági korcsoportokban stb. Mindenesetre alkoholisták, különösen férfiak nagy számban szerepelnek az öngyilkosok között, és a magas öngyilkossági gyakoriságú dél-alföldi területen a ku-

tatók különösen magasnak találták ezek részarányát, és találtak összefüggést az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek arányszáma és a súlyos alkoholszövődmények gyakorisága között.

Feltételezhető, de csak megfigyelésekkel és „puha” adatokkal támasztható alá, hogy a magas öngyilkossági gyakoriságú területeken más az emberi kapcsolatok jellege, gyakoribb a kirekesztés, az elutasítás, kisebb a segítő készség. Talán e területeken a közösségek lazulása is nagyobb mértékű. Több mint egy évszázada említik az öngyilkosságot tanulmányozó szakemberek, hogy a dél-alföldi területen nagyon elterjedt tanyai település-szerkezet fizikailag is megkönnyíti az izolációt, és megnehezíti a társadalmi támaszrendszerek működését. Ha ehhez hozzávesszük, hogy a második világháború utáni csaknem fél évszázados időszakban a politikai rendszer megnehezítette, helyenként lehetetlenné tette az egyházi közösségek támaszhálózatként való működését és meggátolta mindenfajta szervezet emberbaráti segítségét, az öngyilkosok számának növekedését megmagyarázhatjuk, illetve értelmezhetjük, regionálisan is.

Itt érdemel említést, hogy az utóbbi években személyes közléseken át és közleményekből is mind több adat jut tudomásunkra a Szovjetunió utódállamaiban, elsősorban Oroszországban, Ukrajnában és a balti államokban az öngyilkossági viszonyokról. Korábban e téren az adatokat titkosították. Már akkor tudtuk, hogy a magas gyakorisági viszonyok miatt. Most azonban kitűnik, hogy az egyes országokban a magyar öngyilkossági arányszámokat meghaladó gyakoriság mutatkozik, és az öngyilkossági arányszámokban trendek, tendenciák jelentkeznek. E trendek sok szempontból tükrözik a modellhatásokat és ezek „kritikus tömegeit”, az alkohol és a közösségi szinten mutatkozó szociális dezintegráció befolyását. Ezek az országok sok szempontból analógiákat mutatnak a magyar viszonyokkal, és remélhetően az ezekben meginduló – öngyilkossági kutatások segítik a magyar öngyilkossági helyzet jobb megértését is.

A magyar viszonyok értelmezésében meg szoktuk említeni Durkheim anómiaelméletét, amely a kisközösségek szintjén rámutat a versengés fokozódására, és arra, hogy emiatt a magas aspirációs szintű családokban belső feszültségek keletkeznek, a deviáns családtag nehezíti a család felemelkedését, emiatt több a konfliktus, erősebb a kirekesztés, elutasítás, kisebb a segítési készség a krízisek idején. Ez különösen az idősebb családtagok helyzetét teszi súlyossá. Ezt a jelenséget gyakran tapasztaltuk az öngyilkossági eseményekben, mint jellegzetes képletet.

Itt kell említeni a magyar lakosság sajátosan magas aspirációs nivóját. Ezt több kultúrtörténeti, illetve politológiai helyzetelemző írás is kiemeli. Ez a sajátos földrajzi és kulturális helyzetünkől is ered („komp-ország”). Ebben eredendően szerepet játszhatott a protestantizmus, amely csaknem az egész országra kiterjedt, csak a Habsburg-ház török hódoltság utáni rekatolizációs politikája törte meg. Az individuáció Max Weber által szépen leírt, és a protestantizmussal párhuzamba állított folyamata a 19. században Magyarországon igen erőteljessé vált. Talán a vallás lelki hatásának relatív gyengesége is összefügg a rekatolizációval, illetve a protestáns szellemiség erős terjedésével, valamint az individuációval. Az individuációval korrelációt mutat az öngyilkosságok történelmi megjelenése és terjedése, mint ezt Böszörményi és Zonda említett munkái feltárták. A magyar individuáció valószínűleg peremfaktorként, felvételként résztvesz a magyar öngyilkossági helyzet oki láncolatával. Kézdi vizsgálatai a tagadás nyelvi formulájának nagy szerepét mutatták ki az emberi problémák, krízisek értelmezésében, megfogalmazásában, ő ebben a magyar kultúra egyik szuicidogén elemét látja, mivel öngyilkossági krízisekben ez a tagadó megfogalmazásmód különösen gyakori és sajátos (Kézdi 1988, 1995). Kézdi érdekes vizsgálatai és fejtegetései nyomán a protestantizmusra kell gondolni, amely eleve magában hordozza a tagadás, a tiltakozás mozzanatát. Az öngyilkossági esemény egyfajta protestáló jellege mind öngyilkossági kísérletekben, mind befejezett öngyilkosságokban gyakran előtérbe kerül, ha az esemény interperszonális „jelentését” vizsgáljuk, Douglas ismert koncepcióját követve.

Végül az öngyilkosságoknak lehet egyfajta politikai szociológiai értelmezési módja is (a „protestálás” modellje is magában rejti ezt). A magyar öngyilkossági szcena egyik jeles kutatója, Kolozsi Béla dr. ezt csak mértéktartóan húzza alá az 1988-tól bekövetkező öngyilkossági gyakorisági csökkenés értelmezésében (Kolozsi 1990, 1992), határozottabban emeli ki viszont Andorka, aki az anómia és az elidegenedés késleltetett hatását látja pl. a magas öngyilkossági gyakoriságban, és ennek a politikai változások következtében beálló csökkenése miatt az öngyilkosságok gyakoriságának csökkenését feltételezi (Andorka 1994).

Sajnos, a gyakorisági csökkenés, amely – mint ezt Kolozsi kiemeli – főleg a férfiakra és az idősebb falusiakra terjed ki, együtt jár a statisztikai adatgyűjtés vélhető romlásával, és a magyar halálozási helyzet, különösen az alkoholos májzsugor miatti halandóság dramatikus romlásával. Ozsváth számításai és a saját statisztikai adatelemzéseim (Buda 1995) szerint is igen valószínű, hogy a csökkenés az öngyilkosságokban amiatt is következhet be, hogy a kö-

zépkorú és idős férfiak, főleg a falun lakók, illetve az alacsony társadalmi helyzetű, kevés iskolázottságú városi munkások között nő az általános halálozás, tehát sokan az öngyilkosság későbbi potenciális áldozatai közül mintegy, kihalnak, előbb, mint mielőtt az életkorra és a szociokulturális helyzetre jellemző tipikus öngyilkossági krízisek bekövetkeznének.

Sajnos a magyar öngyilkossági kutatások még sok ismerettel adósak, pl. az öngyilkossági statisztikák keletkezésének hibalehetőségeit még szisztematikusan nem vizsgálta senki. „Sötét ló”, ismeretlen terület az öngyilkosság egészségügyi, illetve segítő ellátása is. Valószínű, hogy a speciális magyar helyzethez (és itt ismét az egykori szovjet köztársaságok mai példái is nyújtanak tükröt) hozzájárult előbb az egészségügy elutasító magatartása az öngyilkossággal szemben, később pedig a biológiai pszichiátriai térhódítása. Az öngyilkosság nemzeti problémájának súlyához képest csekély a krízisosztályok, ellátóhelyek fejlődése. Szinte kontrakulturális társadalmi mozgalomként fejlődtek a telefonos segélyszolgálatok, amelyek végül tekintélyes hálózattá váltak és ezres nagyságrendben képezték és mozgósították a laikus segítőket. A telefonos segélyszolgálatok – sok nehézséggel, akadozással, konfliktussal járó – fejlődési folyamata egyike a kevés pozitívumnak, ami nálunk az öngyilkossággal kapcsolatosan sok dramatikus eset mutatta, szinte gyűlölettel fogadták a különböző ellátóhelyeken a „felesleges munkát” okozó öngyilkossági kísérleteket és kríziseket az orvosok és ápolónők, ritkán hagyva el a szidalmat vagy a megjegyzést, hogy aki komolyan meg akar halni, az mit tesz, és nem gyógyszerert kapkod be. A Korányi Kórház baleseti belosztályának évtizedeken át tartó elhanyagolt állapota megfelelő jelképe volt ennek a helyzetnek. Az egészségügyben fejlődtek azóta a viszonyok, de ma sem kielégítőek.

Gondolatok az öngyilkosságveszély elhárításáról és az öngyilkosság megelőzéséről

Klinikai tapasztalat, hogy az öngyilkossági krízis befolyásolható, megoldható. Ezt a telefonszolgálatok tapasztalatanyaga is mutatja. Éppen ezért számos, igen jól használható terápiás koncepció és elv alakult ki az öngyilkosságveszély elhárítására és az öngyilkossági kísérletek utógondozására (pl. Wedler 1984, Wedler, Wolfersdorf, Welz 1992 stb.). E módszerek lényegében pszichoterápiás jellegűek, bár általános ellátás-szervezési, illetve rendszertermészetű (a társas rendszereket involváló) elemei is vannak, és az ellátásban a pszichofarmakonok is szerepet játszhatnak. Ígéretes a borderline szindróma speciális új kezelési módszere, amely éppen ilyen személyiségzavarban szenvedők öngyilkossági kísérleteinek ellátásából nőtt ki (Linehan 1993).

Sajnálatos viszont, hogy az öngyilkosságok megelőzésére vonatkozó eddigi próbálkozások kevés eredményt hoztak. Ma nincs olyan módszer, amely egyértelműen és önmagában hatékonnak lenne mondható a megelőzés szempontjából.

Igen bonyolult kérdés, és ezért a nagyon messze vezető szakirodalmi feldolgozástól érdemes eltekinteni, az öngyilkossági kísérlet utáni utókezelés hatékonysága. Ez lenne pedig a legkézenfekvőbb másodlagos megelőzési lehetőség. Számos kitűnő – és költséges – utókezelési mód követéses vizsgálati nem mutattak különbséget a kezelt csoport és a kontrollcsoport öngyilkossági gyakorisága között, vagy csak nagyon csekély eredményt sikerül elérni. Csak kis skálán próbálták ki a Shneidman által kezdeményezett ún. posztvencióos beavatkozásokat, vagyis az öngyilkosság után a család és a hozzátartozók krízisfeldolgozó, gyászsegítő kezelését, így ennek eredményeire is csak következtetni lehet, illetve inkább csak tapasztalati megfontolások keltenek itt reményt.

Még kevesebb eredményt mutattak egyes megelőzési módszerek vizsgálati. A samaritánusok segítő rendszerének elterjedése pl. egyes vizsgálatok szerint hozzájárult a brit öngyilkossági arányszámok csökkentéséhez, különösen azokon a területeken, ahol a szolgálatok száma jelentős volt és tevékenysége nagyon aktív (Bagley 1968, 1977). Ezt az állítást utóvizsgálatok megcá-

felták (pl. Jennings, Barraclough, Moss 1978 stb.). Számos vizsgálat általában kétségbe vonta az öngyilkosság-megelőzési központok működésének hatékonyságát az öngyilkosság-megelőzés szempontjából. Míg korábban voltak olyan nézetek, hogy a főleg Észak-Amerikában elterjedt ilyen intézmények (amelyekben telefonos segélyszolgálat, ambulancia, a közösségre irányuló programok irányítása és területi képzése működött) a fiatal nők öngyilkossági gyakoriságát csökkenti (és ez a társadalmi réteg fordult elő leginkább a központok kliensei között). Ezt azután különböző utánvizsgálatok megcáfolták (pl. Dew és mtsai 1987). A mai irodalmi összkép az, hogy egyetlen eddigi módszer sem hatékony közegészségügyi méretekben. Ma már megcáfoltnak tekinthető a nagy figyelmet kiváltott gotlandi svéd vizsgálat, amely szerint a gyakorló orvosok továbbképzése depresszió korszerű diagnózisa és kezelése témakörben képes csökkenteni az öngyilkossági gyakoriságot (Rutz, von Knorrig, Wälinder 1992). Ez inkább szezonális gyakorisági ingadozások, illetve más műtermékek következményének bizonyult.

Ennek ellenére számos eljárás rövid távú eredményei miatt az öngyilkosság megelőzésének, legalábbis a gyakoriság számottevő csökkentésének lehetőségében bíznak a kutatók. Az ilyen módszerek nem elsődlegesen orvosi jellegűek, hanem a lakosságra irányulnak, és többszintűek. A prevencióval kapcsolatos akciók lehetőségei (pl. a közösségi segítség aktiválása, poszt-veneció, családterápiás intervenciók, krízisellátás, öngyilkosokkal kapcsolatba kerülő szakemberek képzése, speciális intézetek, iskolai programok, a tömegkommunikáció modellhatásainak csökkentése stb.) kutatói szerint mindegyik módszer széleskörű alkalmazása csak hosszabb időfolyamatban is meglehetősen költséges módon alakulhat ki (Diekstra és mtsai 1989, 1995). A különféle adatelemzésekből és megfontolásokból kitűnik, hogy csakis komplex programrendszerrel és folyamatos munkával lehet eredményt várni. Csak az utóbbi néhány évben próbálkoztak egyes országok azzal, hogy az ideális komplexitástól még távolálló, de már összetett, korszerű nemzeti öngyilkosság-megelőzési programokba kezdjenek. A finn és a norvég program a legismertebb, de jelentős erőfeszítéseket tesznek Svédországban is. Igen figyelemreméltó a brit nemzeti program, amelynek jellegzetessége, hogy általános nemzeti egészségpromóciós programba és ezen belül elmeegészségügyi programba ágyazódik (az ún. Health of a Nation programba) és így gazdaságosabb és hatékonyabb lehet (Jenkins és mtsai 1994). Igen figyelemreméltó megelőzési programot dolgoztak ki és kezdtek megvalósítani az Egyesült Államok nyugati partvidékén a fiatalkori öngyilkosságok megelőzésére (Davidson, Linniola 1991). E nagy programokra jellemző, hogy fő célkitűzéseik követe

mellett alapvető folyamatok tudományos tisztázását is próbálják elvégezni. Főleg gyakorisági adatok, diagnosztikai módszerek, kulcsfogalmak és kategóriák, beavatkozási műveletek kutatása folyik a program keretében, jelentési rendszereket alakítanak ki, a beavatkozási folyamatokat monitorizálni és értékelni igyekeznek. Mindez nagyon jól mutatja, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos ismereteink ma még nincsenek azon a fokon, hogy megelőző tevékenység számára megfelelő alapokat nyújtsanak, illetve hogy az öngyilkosság folyamatai a lakosság hétköznapi emberi kapcsolatrendszereibe folynak, amelyekhez sem a lelki egészségügy, sem pedig a különböző segítő szervezetek nem tudtak eléggé hozzáférni. Valószínű, hogy a beavatkozások, megelőző tevékenységek fajtáinak, számának, kiterjedésének és működési intenzitásának van olyan „kritikus tömege”, amelynek nyomán értékelhető hatások jönnek létre.

A szakirodalom alapján úgy tűnik, hogy a következő években várható áttörés e téren. Szóbeli közlés szerint (Jenkins 1996) a brit programnak már mutatkoznak eredményei, és ott komolyan remélik, hogy legalábbis regionális statisztikai adatokban lesz javulás. Hasonló a finn program előzetes várakozása is.

A jelenlegi bizonytalan eredmények ellenére is szükséges az öngyilkosságellátás és öngyilkosság-megelőzés erőfeszítéseinek növelése, hiszen ez hozzájárul az alapkutatáshoz is, módszertani, szakmai kultúrát alakít ki, szakembereket képez és motivál, és az általános kultúrára is visszahathat. Az öngyilkosság és az önpusztító szándékú önkárosítás olyan komoly közegészségügyi gond, hogy egyetlen modern ipari társadalom sem engedheti meg magának, hogy erre intézményesen ne reagáljon. A legfejlettebb megelőzési programokat kezdő országokban is az öngyilkosság-megelőzésre fordított pénz jóval kisebb, mint sok más morbiditási tényező prevenciójához rendelt összegek, és ez még inkább igaz az öngyilkossági kísérletek kezelésére, illetve az öngyilkosságveszély elhárítására. Magyarországon pl. korábban kb. 5, most kb. 4 ezer ember halála következik be öngyilkosság miatt évente, és 10-20 ezerre tehető az öngyilkosság miatt évente az egészségügyben kezelt esetek száma (öngyilkossági kísérletek, krízisek). Magyarországon a kezelési lehetőségek fejletlensége és az öngyilkosság-megelőzés korszerű módszereinek kihasználatlansága (a krízisellátó telefonszolgálatok lehetőségétől eltekintve) bizonyosan hozzájárult az öngyilkossági helyzet kialakulásához, az öngyilkossági gyakoriságok a nyolcvanas évek végéig tartó romlásához. Nem elképzelhetetlen, hogy az öngyilkossági cselekmények viszonylagos gyakorisága

Az öngyilkosságveszély elhárításáról és az öngyilkosság megelőzéséről

miatt a megelőzési próbálkozások hatékonysága, de mindenek előtt kutathatósága várhatóan nagyobb lehet, mint másutt.

Az öngyilkossági kísérletek ellátásával, a posztvencióval és az öngyilkosság megelőzésével ezért nálunk is foglalkozni kell, és különösen fontos az ellátási és prevenciós hangsúlyú kutatások fejlesztése.

Gotland, depresszió, öngyilkosság-kutatás

Szerkesztői megjegyzések a vitához

Jó fél évszázada mind több adat gyűlik össze arról, hogy a depresszió jelentős kockázati tényező az öngyilkosság szempontjából. A klinikailag kezelt – primer, major, endogén, bipoláris stb. – depressziós állapotok öngyilkossági gyakorisága sokszorosa az átlagnépességnek (akár húsz-százszorosa is a különböző számítások, felmérések szerint).

Ebből logikusan következik, hogy a depresszió korai és megfelelő felismerésének és kezelésbe vételének, adekvát gyógyításának fontos szerepe lehet az öngyilkosság-megelőzésben.

Ez már évtizedekkel ezelőtt megfogalmazódott különböző szakanyagokban, nemzetközi állásfoglalásokban, Ám ezt bizonyítani és kvantifikálni eddig nem sikerült.

Az utóbbi években több szerző tekintette át az öngyilkosság-megelőzés különböző stratégiáit és úgy találta, hogy egyetlen stratégia sem bizonyult hatékonynak abból a szempontból, hogy az öngyilkosság gyakoriságát országos vagy regionális mértékben bizonyíthatóan csökkentette volna (pl. Gunnell, Frankel 1994; Diekstra et al. 1995; Lewis, Hawton, Jones 1997 stb.). Kerkhof és munkatársai folyamatosan gyűjtik az adatokat, áttekintik a megjelenő publikációkat és hasonló konklúziókra jutottak (Kerkhof 1997, 1998). A vizsgálatok kiterjednek a pszichiátriai kezelés hatékonyságára is, de ezt sem találták kimutathatónak populációs szinten. Nem mutatható ki pl. a területi öngyilkosságmegelőző központok hatékonysága sem (pl. Dew et al. 1987 stb.). Korábban hosszas vita volt a brit szakirodalomban arról, hogy a szamaritánusok segítő hálózatának kialakulása és működése okozta-e az öngyilkosság-gyakoriság brit csökkenését a hatvanas években, ám a mai szakmai közfelfogás inkább Kreitman magyarázatát valószínűsíti: a brit gázellátás áttérése a szén-monoxidról a földgázra lehetetlenné tette a tradicionális önpusztító módszer, a gázzal való önmérgezés alkalmazását.

Számos országban nemzeti öngyilkosság-megelőzési programok indultak meg, a legfejlettebb ezek közül a finnországi (Upanne, Hakanen, Rautava 1999), de figyelemre méltó a svéd, a norvég és a brit program is (svéd: Beskow, Wasserman 1995, Support in Suicidal Crises, 1996; norvég: Retter-

stol 1995; brit: Kingdon, Jenkins 1995). Ezek komplex, többsíkú, kiemelten célcsoportokra ható programok, elsősorban a krízisellátást, a szociális támaszrendszerek fejlesztését, a problémamegoldást, illetve a megküzdési stratégiákat emelik ki mint fő módszereket. A depresszió korai felismeréséről és megfelelő kezeléséről mindegyikben van szó, de a depresszió csak egy a célcsoportok között (a finn programban pl. elsősorban a depresszió megelőzése hangsúlyozzák – „Keep Your Chin Up” program). A brit program már nagyobb nyomatékot ad a depresszió-kezelésnek, ebben az egyik fő célpont, hogy az emberek minél előbb felismerjék magukon és környezetükben a depressziót és forduljanak vele szakemberhez, illetve segítsék ezt elő (a Defeat Depression elnevezésű alprogram szól erről).

Az kielégítően bizonyítottnak tűnik, hogy a depressziósok megfelelő kezelése csökkenti a kezelt betegek öngyilkossági gyakoriságát. Ám nem egyszerű megmondani, mi is igazán a *megfelelő* kezelésmód. Számos szerző a lítiumkezelést, illetve profilaxist tartja annak (pl. Coppen 1994; Tondo et al. 1998; Baldessarini, Tondo, Hennen 1999 stb.), míg sokan az antidepresszív szerekkel folytatott kezelést, ám az eredmények legtöbbször bipoláris betegcsoportokból származnak (Isacsson 1994; Isacsson, Bergman, Rich 1996; Isacsson, Holmgren et al. 1997 stb.).

Nem lévén szakembere a témának, csak irodalmi összképem alapján állítom, hogy egyelőre nem bizonyosodott be, hogy az új antidepresszívumok (SSRI és más új hatóanyagcsoportok) hatékonyabbak-e az öngyilkosságmegelőzés terén, mint a már bevált korábbi szerek (ha megfelelő dózisban, időtartamban, a kialakult szakmai konszenzusok szerint adják őket). Elvben az új szerek – már csak kevesebb mellékhatásuk miatt is – hatékonyabbak keltenek legyenek.

Nagy nyomatékot kell adni a megfelelő kezelés antiszuicidális, öngyilkosságmegelőző hatásával kapcsolatosan a *kezelt* jelzőnek. A meglévő adatok ugyanis ezekre vonatkoznak. Vannak adatok arról, hogy az öngyilkosok között kevésbé vagy nem idejében diagnosztizálták a depressziót, illetve nem megfelelő adagban alkalmazták az antidepresszívumokat (Isacsson, Boëthius et al. 1992). Ilyen adatok, továbbá az irodalomban található prevalenciaszámok (becslések és felmérések) és más faktorok nyomán kialakulóban van egy olyan felfogás, és az utóbbi években ezt az irodalmi összesítésekből már így idézik, hogy a depressziós betegek (primer, major stb. depressziósok, de sokan kiterjesztik a tézist a depresszió-spektrum más tartományaira is) öngyilkossági gyakoriságát csökkenti az antidepresszív kezelés, illetve – szinte eo ipso – a depresszió megfelelő diagnózisa és kezelésbe vétele.

E vonatkozásban mind többet idézik Rihmer Zoltán dr. és mtsai közleményeit. Ezek közül a főbb publikációk a Gotland-vizsgálattal kapcsolatosan már említésre kerültek. Összefoglalóan Rihmer dr. felfogásának leírása megjelent a *Szenvedélybetegségeken* (Rihmer, Belső, Pestalily 1997). A tanulmány a szerkesztőség felkérésére készült. Éppen az volt a cél a felkéréssel, hogy majd ezt a témát körüljárhassuk, más szerzők írásait is közölve, vitára bocsáthassuk.

Vita ugyanis már az első magyar nyelvű közlemények megjelenésétől kezdve folyt a szakirodalomban is és különböző szakmai rendezvényeken is a 90-es évek elejétől, de meglehetősen szerteágazóan, teli személyes sértődésekkel, és ezektől szerettük volna e lapban különválasztani a tudományos alapkérdéseket.

Elsősorban Zonda Tamás dr. volt a vitapartner, az ő főbb publikációira is megvannak a hivatkozások a vita megjelent közleményeiben. Ő pl. nem tartotta bizonyítottnak Rihmer dr. és mtsai állítását, hogy a magyar öngyilkosság-gyakoriság területi különbségei a depresszió-diagnózis és a megfelelő gyógyszeres kezelés gyakorisága viszonyaival korrelálnak fordított módon. Vagyis, hogy a magas gyakoriságú megyékben kevésbé diagnosztizálják a depressziót, és így nem is kezelik. Rihmer dr.-ék összefüggést találtak – az előbbihez hasonlóan fordított módon – a dolgozó orvosok száma és az adott terület öngyilkossági gyakorisága között, vagyis ahol kevesebb az orvos, több az öngyilkosság. Megtalálták az inverz korrelációt az antidepresszívumok fogyasztásának (eladásának) mértéke és az öngyilkossági gyakoriság között is. Zonda dr. ezeket az adatokat vitatja.

E közleményeket azóta gyakran idézik, sokszor úgy, mint „research in Hungary” (pl. Rutz et al. 1992 stb.).

A depresszióval kapcsolatosan Rihmer dr. is hangsúlyozza a kezelt jelzöt, de ő általában felismert (recognized) depressziókról beszél (pl. Rihmer 1996 stb.). Bár – különösen angol nyelvű – közleményeiben óvatosan fogalmaz, maga is általánosít, és rá hivatkozva sokan általánosítanak: „a depressziósok öngyilkossági gyakoriságát csökkenti az antidepresszív gyógyszerekkel történő kezelés”.

Ezzel szemben ez nem teljesen bizonyítható, és a vita igazában erre összpontosít. Nem bizonyított elsősorban az, hogy a magyar öngyilkosság-gyakoriságok ilyen szorosan és közvetlenül összefüggjenének a depresszió gyakorisági viszonyaival, megoszlásával. Ehhez hiányoznak a megfelelő alapadatok. Nincs olyan adatbázis, amelynek alapján a diagnosztizált depresszió gyakoriságát országosan ki lehetne mutatni. Rihmer dr. használ egy statisztikát, en-

nek kielégítő voltát Zonda dr. nem fogadja el. Még ha lenne is egységes országos adatgyűjtés, az egész folyamatot ellenőrizni kellene ahhoz, hogy ilyen összefüggés feltételezhető legyen, hiszen tudjuk, hogy nem könnyű a depressziósok egységes diagnosztizálása a diagnosztikai felfogások eltérései miatt (Zonda 1998), nálunk ismerten gyenge a jelentési fegyelem, és a betegek kezelési útjainak eltérése miatt sokan nem kerülnek be a statisztikákba.

A magam részéről mellékvágánynak érzem azt, hogy az adatbázis megléte, illetve elégséges volta körül alakul ki a legelkeseredettebb vita, és ez a Magyar Pszichiátriai Társaság vezetését is „indukálta”, mint ezt az *Orvosi Hetilap*ban megjelent összehangolt hozzászólások mutatják (1999, 140 [14]: 799-805). Miközben a hozzászólások írói mintegy felháborodnak, hogy Zonda állít (ez esetben kételkedik), de nem bizonyít, maguk sem bizonyítják, hogyan is állunk az adatokkal, hogyan jönnek létre statisztikák, ezek valóban tartalmazznak-e vagy reprezentálnak-e minden kezelésben lévő, illetve elismert depressziót, hanem cáfolatként a tételt ismétlik: mindenki tudja, hogy az öngyilkosság a depresszió miatt van, tehát a depresszió kezelése csökkenti a gyakoriságot. Pedig az adatok bemutatása eldönthette volna a vitát, és a hozzászólók hatóköre bizonyára kiterjed a pszichiátriai morbiditással foglalkozó statisztikai adatkezelés kulcsszemélyeire; állásfoglalásra kérhették volna fel őket. Ehelyett mindenféle utalások vannak a hozzászólásokban (pl. e személyektől származott levelek) és „patognosztikus”, hogy valamiféle – az olvasók számára obskúrus ETT (TKB) határozatra hivatkozik a *MPT Társasági Hírek* (1999, 4: 9-11), és ennek alapján marasztalja el Zonda dr-t és „megalapozatlan állításának” visszavonására szólítja fel (itt helyesebb lett volna érvelni amellest, amit a nyilatkozat implikál, hogy az ETT az *Orvosi Hetilap*ot éppen Zonda Tamás közleménye miatt hibáztatta).

A pszichiátriai irodalomban is, de a szuicidológiai irodalomban kivált szokásos, hogy meglévő ellátási vagy más morbiditási és mortalitási statisztikák felhasználását, értelmezését vitatják anélkül, hogy ezek helyet jobb vagy pontosabb adatokat lehetne hozni. Nagyon sok ugyanis a hivatalos statisztikák módszertani buktatója, és ezekre jogos felhívni a figyelmet. Különösen akkor, amikor most már az állítás úgy fordul, hogy a magyar öngyilkosság csökkenése a pszichiátria – és ezen belül a depresszió kiterjedt és jó terápiájának érdeme.

A *pszichiátria magyar kézikönyvében* pl. Rihmer dr. így ír (Rihmer 1998, 5.4.4., 646. o.): „1987 és 1995 között a magyarországi szuicid ráta 45,1-ről 32,9-re (vagyis 27%-kal) csökkent (Rihmer 1997). Elfogultság nélkül állíthatjuk, hogy e rendkívül kedvező tendencia fő oka a hazai pszichiátriai szem-

lélet és gyakorlat jelentős fejlődése. Ebben a depressziók korai felismerése és eredményesebb kezelése, illetve a korszerű antidepresszívumok elterjedése, a hazai PTD-hálózat tevékenysége, a szuicid-prevenációs (telefon)szolgálatok számának szaporodása éppúgy lényeges szerepet játszik, mint az utóbbi 45 évben a médiában és a napi sajtóban egyre gyakrabban megjelenő pszichiátriai, pszichológiai felvilágosító tevékenység.”

E megállapítás első részét idézik széles körben, és a magyar pszichiátria több vezetője sajtónyilatkozataiban és médiaszereplései során ezért már kvázi „fel is vette” az elismerést.

Ha e megállapításokat vitatjuk, elkövetjük-e az ETT Bizottsága által elmarasztalt vétket: olyan megnyilatkozás-e az ilyen, mint „amelyek más eredményeinek a kétségbevonását célozzák, megalapozott ellenvélemény helyett a forrás hitelességét vitatva.” (MPT idézett elnökségi állásfoglalása, 10. o.)?

Egyelőre azonban nem tekinthető ez az állítás bizonyítottnak. 1987 és 1988 között több mint 400 esettel, kb. 8%-kal csökkent az öngyilkosság gyakorisága (1987-ben 4782, 1988-ban 4378), ezt nehezen lehet pl. a pszichiátria érdemének tekinteni, a depresszióra pedig még kevésbé lehet vonatkoztatni, hiszen ez a csökkenés akkor kizárólag a férfiakból adódott (Kolozsi 1990, 1992, 1996), holott az adatok egybehangzóan azt mutatják, hogy a depresszió kétszeresen több a nők, mint a férfiak között, és a férfiak sokkal kisebb arányban, nehezebben fordulnak orvoshoz (ez pl. a Gotland-vizsgálatban is így volt). A finn programban, amelynek tízéves, alapos és következetes lebonyolítása után sem állítják, hogy az utóbbi évek finn öngyilkosságcsökkenése a program eredménye (szeretnék, ha ez bebizonyosodna), ugyancsak a férfiak öngyilkossági gyakoriságában van csökkenés (Upanne, Hakanen, Rautava 1999).

Az öngyilkosság mai biológiai (pszichiátriai) kutatása egyébként maga is túllép a depresszió, és különféle neurotranszmissziós mechanizmusok, illetve az impulzuskontroll, az agressziószabályozás zavarait, illetve a különféle magatartásvezérlési mechanizmusok elégtelenségét, károsodását mutatja ki és vizsgálja tovább (pl. Botsis, Soldatos, Stephanis 1997 stb.). Előtérbe kerül a borderline személyiségzavar szerepe (pl. Linehan 1993). Klinikai szinten, illetve a hagyományos, epidemiológiai öngyilkossággutatásban az alkoholizmus szerepét emelik ki (pl. nálunk Temesváry és mtsai). Wasserman és mtsai a Szovjetunióban a „peresztrojka” számlájára, elsősorban az alkoholtilalom javára írják az öngyilkosság-gyakoriság jelentős csökkenését a 80-as évek közepén, ez a csökkenés a későbbiekben megszűnt, illetve sok FÁK országban később növekedésbe ment át (Wasserman et al. 1998). Nagyon lehet, hogy az

alkohol (amely a Baranya megyei vizsgálatok szerint is fontos faktor az öngyilkosságok nagy részében, lásd pl. Jegesy, Harsányi, Angyal 1994) szerepel az öngyilkosság oki determinációs folyamatában, nem a depresszió magán, hanem e mögöttes, mélyebb folyamatok zavarán át – ettől még a mögöttes pszichopatológiai állapot lehet a depresszív spektrum vagy a depressziót gyakran kísérő komorbid állapotok része.

Miért ne lehetne itt kételkedni, vitatkozni?

Miért nem figyelemreméltó pl., hogy a Baranya megyei öngyilkosság-kutatási és megelőzési program nem hatott ki a területi öngyilkosság-gyakoriságra, holott a diagnosztizált depressziók száma kb. négyszeresére emelkedett és igen megemelkedett az antidepresszívumok felhasználása is a program ideje alatt (Ozsváth 1994)? Holott ez Zonda kételyeit támasztja alá a területi statisztikák és a depresszió-diagnózis, a gyógyszerfelhasználás vagy a dolgozó orvosok számának összefüggését illetően az öngyilkosság-megelőzés vonatkozásában.

Ha e szempont felvetése etikai vétség, akkor a tudomány lehetetlenül el, hiszen azt a kétely és a vita élteti. Brit és amerikai lapokban egyébként igen éles viták folynak, személyes oldalvágásokkal, színes jelzőkkel, nincs jele annak, hogy ezen külön megsértődnének, nálunk viszont minden szakmai vitában valamilyen autoritási öntudat sérelme nyilvánul meg, ha valamilyen állítást kétségbe vonnak.

De a szuicidológia hagyományos kutatási és elméletalkotási tapasztalatanyaga és más, pl. pszichiátriai metodikai szempontok szerint igencsak *joggal lehet kételkedni abban, hogy a depressziókezelés főleg vagy kizárólag az antidepresszáns medikáció révén csökkenti az öngyilkossági gyakoriságot* (ha bebizonyosodik, hogy csökkenti), illetve a depressziók öngyilkossági gyakoriságát maga a medikáció csökkenti. Nincs – etikai okokból nem is lehet – placebo-kontroll, pedig a depressziósok placebo-reakciója is nagy arányú (ezt mutatják „wash-out” fázisok és a gyógyszerkipróbálások más adatai). De más, nem specifikus vagy metafarmakogén hatások is közrejátszhatnak. Szerepet játszhat a nagy elfogadás e diagnózison át, a depresszió mintegy szomatikus betegségfelfogása, az „organikus” diagnózis, a betegszerep felmentő hatása (pl. esetleg éppen az öngyilkosság szempontjából lényeges önvádítások, bűntudati feszültségek vonatkozásában), és a folyamatos gondozás (pl. a lítium-profilaxis) szilárd, jó orvos-beteg, illetve intézmény-beteg kapcsolatot jelent, amelyben krízisek és problémák megoldása is végbemehet, pszichoterápiás effektusok valósulhatnak meg (pl. Grawe 1998, és mások által leírt, ez eddigi elméletekben konceptuálisan nem megfelelően értelmezett hatások), a

kezelés vagy a gondozás előnyösen hat a családdinamikai mechanizmusokra (pl. csökkenti az újabban a depresszióban is patogénnek, illetve súlyosbító tényezőnek számító környezeti „expressed emotion” választ), vagy szociális támaszrendszereket mobilizálhat stb.

A kezelésben lévő depressziósok eleve kiválasztódott esetek lehetnek, és nem lehet bizonyítani, hogy reprezentálnák a depresszió valamilyen ideáltipikus, esszenciális lényegét, vagy akár valamely depresszív altípusét. Eleve jobb lehet az együttműködés – pl. alacsonyabb vagy eltérő a komorbiditás (lásd az alkoholról elmondottakat) –, mint általában a felmérésben, szűrővizsgálatokban talált depressziós populációkban. A kiválasztódás oka lehet a társadalmi státus, az iskolázottság, a családi állapot, a szociális támaszrendszerek léte és funkciója, a compliance mértéke stb.

A mögöttes faktorok keresése egy-egy szakirodalmi tézis állítása mögött (a cáfolat vagy a kétely igényével) egyébként Rihmer dr. szerint is jogos. Az anómia és az öngyilkossági gyakoriság növekedése (illetve az anómia csökkenésével mérséklődése) közötti összefüggés pl. számára is elfogadható, és kiemeli, hogy az egyéni vulnerabilitás tényezőjét nem lehet figyelmen kívül hagyni. Ezzel kapcsolatosan így ír:

„... különben sohasem lehetne megérteni, hogy össztársadalmi szinten ható és több millió embert érintő anómiás folyamatok miért ‘csak’ ezres nagyságrendben ‘okoznak’ szuicidiumot.” (Rihmer 1998, 638. o. – a belső idézőjelek Rihmer dr.-tól.)

Ugyanez a logika megengedi a kételyt a depresszió és az öngyilkosság-kezelés, illetve akár a depresszió valamiféle lineáris összefüggését illetően. Hiszen a becsült vagy mért prevalenciaadatok szerint sok százezres depressziós populációból is „csak” az a pár ezer követ el öngyilkosságot, lehetnek tehát más köztes faktorok, pl. speciális vulnerabilitási tényezők, kockázati faktorok. Régebben is ismert volt, hogy az öngyilkosság gyakran járt együtt depresszióval, de a depressziósok nagyobb része nem volt szuicidális. Egy német adatgyűjtés szerint pl. egy 15 éves időszakban követett, kórházban ápolott depressziós csoport (2000 eset) közül 3,35% lett öngyilkos (Wolfersdorf, Niehus 1991). Jogos tehát más tényezők után is keresni.

Mindezekről van irodalom, vannak érvek, adatok, amelyek alapján ezt a Rihmer-féle koncepciók megkérdőjelezésekor diszkutálni lehet. Eredetileg azt szeretnénk volna, hogy ilyen érvek összegyűjtésével folytassuk a *Szenvedélybetegségekben* a Rihmer dr. és mtsai írásával elindított témát.

De jött a Gotland-vita, illetve annak átkerülése a *Psychiatria Hungarica*-ból. Itt, mint ezt már megírtuk, részben a tudományos vita szabadsága volt a

kérdés, részben a lehetséges kritikai szempontok felvetése. Ezek a szempontok nem Rihmer dr. vagy a gotlandi munkacsoport tekintélyének csorbítását célozták, és nem implikálták, hogy itt bármiféle rossz szándék állna fenn; a kutatásban könnyű tévedni, kivált, ha bonyolult összefüggések így leegyszerűsödnek.

A Gotland-vizsgálat tulajdonképpen a már tárgyalt – szerintem ellenőrizetlen – általánosítás egy sajátos esete. Mondanivalója: elég kiképezni a gyakorló orvosokat a depresszió felismerésére és a megfelelő gyógyszeres kezelésre, ez tükröződik az öngyilkosság-gyakoriság csökkenésében.

Szucidológusnak ezt nehéz elhinni. Igen nagy „korpusza” van a tévedési lehetőségekről szóló ismeretanyagnak. Nagyon sok a hibalehetőség az ilyen vizsgálatokban. Nagy számok esetén a hibalehetőségek kiegyenlítődnek, de még ott is feltételezhető hiba, tévedés. Az öngyilkosság meghatározása nem mindig egyszerű. Közismert, hogy az angolszász „coroner”rendszerben, ahol bizonyítani kell az öngyilkosság tényét, sok eset regisztrálatlan marad. Hazai tapasztalatok is mutatják, hogy az öngyilkossági cselekmény után később, szövődmények miatt beálló halál osztályozása nehéz. Mindenféle akaratlan hibalehetőség adódhat tehát az esetregisztrációknál. A lakóhely szerinti besorolás másutt is gondokat okoz az epidemiológiai vizsgálatokban, pl. a mi statisztikáinkban is. De néhány esetben ez is, a diagnosztikus besorolások is úgy változhatnak, hogy azok lényeges különbségeket alakítanak ki. A Gotland-adatokban van egy sor elgondolkodtató bizonytalanság, azon túl is, amire Zonda és mások felhívták a figyelmet. Magam pl. elővettem az egyik korai beszámolót a vizsgálatról (Rutz, von Knorring, Walinder 1989). Ebben a 153. oldalon a 2. táblázat mutatja, hogy a program előtti évek statisztikájában a sziget öngyilkosság-gyakorisági rátája az 1979. évi 25,4‰-ról (14 eset) 1980-ban 14,5‰-re (8 eset) csökkent. Az a csökkenés nagyobb, mint a képzés, a program után a „nagy”, a depresszió kezelésének szuicidprevenciók jelentőségét bizonyító csökkenés 1984 és 1985 között (4. táblázat). A 2. táblázat szerint ez a csökkenés nem szignifikáns, holott ekkor az egész svédországi ráta 27‰ (2243 eset), tehát itt az eltérés a gotlandi adatok és az országos adatok között igen nagy. A 4. táblázatban viszont a csökkenés már szignifikáns 1979 és 1980 között ($p < 0,05$). A 153. oldalon a diszkusszióban ezt olvashatjuk: „In the long-term suicide trend for Gotland compared with national figures, statistically significant declines were noted twice, in 1980 ($p < 0,05$) and 1985 ($p < 0,02$).”

Itt tehát némi ellentmondás van. Erre mutat a szerzők magyarázata is: „The decrease in suicide rate observed in 1980 may be related to the changes in the organization of psychiatric services at that time.”

Ez a magyarázat azután nem kerül elő ismét a közleményben, és más közleményekben már szóba sem kerül, Pedig ha lehettek ilyen mérvű változások, ha bekövetkezhetett ekkora csökkenés az öngyilkossági gyakoriságban a pszichiátriai szolgálat átszervezése miatt, nyilván nem specifikus módon, akkor miért nem lehet gyanakodni, hogy a program utáni csökkenés is történhetett hasonlóan, nem a program, hanem más, köztes változók hatására? Ilyen lehet a program sajátos motiváló hatása a háziorvosokra, a szociálpszichológiában ismert „experimenter bias” kihatása az öngyilkossági minősítésre vagy a statisztikai adatkezelésre stb.

Mivel ezek a számok és a hibalehetőségek kontrollja a dolog lényege, ennek igen részletes elaborációja szükséges lett volna. Legalábbis ekkor lehetne tudományos eredményekről beszélni. Akkor nem is kellene megsértődni az esetleges kétely miatt, hanem adatokkal lehet válaszolni. Lehetséges, hogy a program után a depresszív betegek felé jobban odaforduló orvosok a már említett nem specifikus pszichés hatásokat is jobban kifejtették, itt tehát még a betegekkel (és a hozzátartozókkal) való találkozás frekvenciájáról is tudnunk kellene, és arról is, hogy pl. nem mentek-e gyakrabban utána (outreach) a betegeknek, mint korábban. Nincs tehát kizárva, hogy nem a diagnózis és a gyógyszerek, hanem más faktorok hozták az eredményt, ha hozták (ha nincs az esetdefinícióban, a statisztikák kezelésében stb. hiba).

Bármilyen nagy is az *Acta Psychiatrica Scandinavica* tekintélye és impact faktora, itt olyan kérdések is felmerülnek, amelyek miatt már a szerkesztők is szólhattak volna a lapnál a kézirat beküldésekor.

Érdekes, hogy Rutz és mtsai egy 1997-ben kiadott füzetben, amelyet a Lundbeck cég támogatásával kongresszusokon ezerszámra osztogattak (*An update of the Gotland study*) az 1980. évi csökkenés már „kisimul” egy görbében (1. ábra, 4. o.) és kb. 20% körül mutatkozik az 1989. évi 14,5% helyett. Mint a vitából kitűnik, más eltérések is vannak az alapszámokban, és itt, ismételjük, néhány eset óriási különbségeket sejtet.

Rihmer dr. adatait a magyar öngyilkossági arányok és a depresszió diagnózisa és kezelése közti viszonyról elsősorban Rutz munkacsoportja használta fő érvként, nem véletlen került bele később Rihmer dr. az utánvizsgálatokba. Ugyanakkor viszont a Gotland-vizsgálat a depresszió diagnózisának és kezelésének öngyilkosságcsökkentő hatásáról szóló tézis egyik sokat ígérő alapjává, bizonyítékává emelkedett. Nem véletlen, hogy Rutz és mtsai hivatkoznak

gyakran a „research in Hungary”-ra Rihmer dr. közleményeivel kapcsolatosan. Ugyanakkor e közleményeket átnézve látható, hogy Rihmer dr. lényegében meglévő adatokat hasonlított össze gyakorisági adatokkal, szuicid rátákkal. Nekem évtizedeken át felhívták a figyelmem az öngyilkossági adatok értelmezésében, hogy a közölt adatok közötti összefüggések keresése és értelmezése nem kutatás. A pszichológiai vagy szociokulturális faktorok keresése akkor persze nem volt olyan konjunkturális, mint a depresszió és az antidepresszívumok kapcsolata. Most ez kutatás. Pedig azt gondolnám, Rihmer dr. akkor kutatott, mikor saját beteganyagát elemezte, vagy Aratóval, Demeterrel és másokkal 200 öngyilkos retrospektív diagnosztikai besorolását végezte el, vagy kutatást végzett nálunk elsősorban Zonda, Ozsváth, Kopp, Csorba és még néhányan. Módszertani és konceptuális kritikáknak azonban mindig van helyük, és ilyenekre akár az is jogosult, aki maga esetleg nem, vagy nem ugyanezen a téren vizsgálódott.

Elgondolkodtató, hogy a svéd nemzeti programban nem szerepel a Gotland-típusú projektek használata, noha ennek szerzői és alapintézményei (Support in Suicidal Crisis, 1996), pl. az Egészségügyi és Népjóléti Minisztérium, az Országos Közegészségügyi Intézet és az Országos Öngyilkosság-prevenációs Tanács nyilván kellett ismerjék a Gotland-vizsgálatot. De az is figyelemreméltó, hogy a Gotland-vizsgálatot csaknem 20 év alatt sehol sem ismételték meg, pedig aránylag nem bonyolult, és pénzügyi támogatást sem lehetne nehéz találni a gyógyszergyárak részéről ilyen vizsgálatokra. Inkább a régi vizsgálat folytatása, értékelése folyik.

Van tehát a vitának tere bőven. A magyarországi csökkenés a rátában pl. messze nem „lefutott” úgy a depresszióra utaló magyarázattal. Sok szakember a kedvező politikai változás, a reménytelenség széles körű csökkenése nyomán kutakodik, hiszen ilyen csökkenés volt 1980-ban Lengyelországban, amikor a Szolidaritás győzni látszott, 1989 után a egykori NDK területén, amikor a fal leomlott, vagy a „peresztrojka” idején (ha volt csökkenés, mert ez is vitatható). Statisztikai, adatszolgáltatási változás is bekövetkezhetett, hiszen a rendszerváltozás legerősebben a rendőrségre, az „alapszolgáltatóra” hat ki, de az egészségügy bizonylati és jelentési fegyelme is lazulhat. Többen (Kolozsi 1996; Buda 1997) utaltunk a nyolcvanas évek végétől a halandóság, különösen az alkoholos májzsugor miatti halandóság drámai növekedésére, amely éppen azokra a korcsoportokra, populációs kategóriákra vonatkozik, amelyekben korábban az öngyilkossági ráta igen magas volt (középkorú és idős férfiak). Ismét előkerül tehát az alkoholizmus faktor.

Miért ne lehetne itt vita? Talán éppen a nagy érzékenység is arra mutat, hogy nehéz tárgyszerűen, adatszerűen felelni a kifogások felvetésére. Zonda dr. cikkét nem közölték az angol nyelvű szaklapban, ahol a Gotland-eredményekről több írás jelent meg, az elutasítás fő indoka, hogy cikke nem mond többet, mint a Gotland-vizsgálatra vonatkozó kritikus levelek a *British Journal of Psychiatry*-ban. Itt az egyik jeles vitázó, A.J.D. Macdonald ugyan második levelében már kommentálja (Macdonald 1995), hogy a levél megjelenésére 14 hónapot kellett várnia (402. o.: I commiserate with any reader attempting to follow a discussion interrupted by intervals of anything up to 14 months of silence). Most meg a sértődés, az ETT etikai ügy (amelynek prezentációja azt sejteti, hogy nem elsősorban dokumentumok, hanem „beállítások” alapján történt az állásfoglalás, hiszen akkor pontosan idéznék az inkriminált részt, adatokra hivatkoznának, mint ezt már említettük).

Jó lenne, ha a lényegi problémákról lenne a továbbiakban szó, sok érvel, adattal. Vannak ilyen adatok, és minden álláspontnak, amely ezekre támaszkodik, illetve megalapozott kifogásokat emel, magyarázatokat ad, szívesen adunk teret.

IV. RÉSZ FÜGGELÉK

Beszámolók

Attitűdök az öngyilkossággal kapcsolatosan, és ezek befolyása a megelőzésre

Beszámoló az öngyilkosság-megelőzés és krízisintervenció 13. nemzetközi kongresszusáról (Bécs, 1985. július 1-4.)

Az International Association for Suicide Prevention (IASP) két évente tart nemzetközi kongresszust az öngyilkosság-megelőzés és a krízisintervenció témaköréből. Az idei, 13. kongresszus jubileumi volt, mert az IASP éppen 25 évvel ezelőtt alakult meg, Bécsben, *Erwin Ringel* kezdeményezésére, és Bécsben volt az első nemzetközi kongresszus is. Érthető módon tehát a 13. kongresszus kissé az IASP tiszteletbeli elnökének, Ringelnek ünneplése is volt. Az IASP alapító tagjai közül többen (pl. az igen aktív E. Stengel) már nem élnek, de többségük még ezen a kongresszuson jelen volt és tevékenykedett (pl. az amerikai Farberow és Shneidman, *W. Pöldinger*, a társaság jelenlegi elnöke stb.). A kongresszust az osztrák állam is támogatta, számos különböző szervezet mellett. A megnyitón – e támogatás és elismerés jeleként is – megjelent Rudolf Kirschläger államelnök, König bécsi bíboros érsek, és a kongresszus egyik, a bécsi egyetem nagy aulájában rendezett vitáján résztvett Bruno Kreisky volt államfő is. Mint a megnyitó beszédekből kitűnt, Kreisky második kormánya hivatalos állami programként fogadta el az öngyilkosság-megelőzést, ennek jegyében átvette a bécsi Krízisintervenciók Központ költségeinek egy részét (a központot korábban egyházak és karitatív szervezetek pénzelték), és több más, hasonló központ kialakítását kezdeményezte az ország más részeiben. Kreisky így követte a Kennedy-kormányzat példáját, amely korábban, javarészt a Los Angeles-i intézet, illetve Farberow és Shneidman kezdeményezésére hasonló programot fogadott el.

A kongresszus nagyon ünnepélyes körülmények között folyt le, javarészt a Hilton-szálló kongresszusi termeiben (eltekinthető az említett egyetemi vita-üléstől, valamint egy különleges programtól, amelyről majd később lesz szó, Ringel „Öngyilkosság és társadalom” című előadásától, amelynek céljára a Volkstheatert bérelték ki). Két korábbi európai IASP-kongresszushoz (1977

Helsinki, 1981 Párizs) viszonyítva a résztvevők száma nem volt nagy, 300-400-ra tehető. De több mint 40 országból voltak jelen szakemberek, résztvevők pl. csaknem mint a 39 ún. nemzeti képviselő (national representative), akik vagy az IASP országos szervezetét képviselik, vagy pedig az IASP aktív tagjaiként az országukban működő, öngyilkosság-megelőzéssel, illetve öngyilkossággal foglalkozó szakemberek képviselője (nem lévén nálunk országos szervezet, az IASP elnöksége e sorok íróját kérte fel 1979-ben erre a tisztségre). A nemzeti képviselők találkozásánál derült ki, hogy az öngyilkosság-megelőzés távoli, egzotikusnak tűnő országoknak is nagy gondja, így pl. sok szakember tevékenykedik e területen Iránban, Szingapúrban, Hongkongban vagy Indonéziában. Híreket kaptunk a népi Kína érdeklődéséről, Pápua-Új-Guinea öngyilkossági problematikájáról stb. Mint a kongresszusok általában, ez a kongresszus is inkább a szakemberek közötti kapcsolatok kialakítására és elmélyítésére volt alkalmas, mint a tudományos információcsere. A plenáris előadások száma kicsi volt, ezek sok újat nem mondtak, a kb. 170 előadás pedig, amit a rendezőség elfogadott, párhuzamos, tematikus szekciókban folyt. Az előadások idejét 10 percen maximálták, vitára néhány percet szántak a rendezők. A 10 perc a legtöbb előadónak csak általánosságok elmondását vagy néhány adat, táblázat vetítését tette lehetővé, vitára többnyire nem került sor, ha volt is hozzászólás, az leginkább kérdés vagy kommentár volt. Számomra ismét bebizonyosodott, hogy ez a kongresszusi rendszer értelmetlen, haszontalan. Be kell látnom viszont, hogy nagy kongresszust nélkül ma lehetetlen rendezni, hiszen a kongresszusi részvétel legitimációja világszerte az előadás (ennek fejében jár pl. a legtöbb nyugati országban az adókedvezmény a részvétel költségeire), igazi, tartalmas anyaga pedig nincs annyi sok szakembernek, amennyi egy kongresszust rentábilissá tesz, különösen akkor, ha ilyen kongresszusok két évente követik egymást. A párhuzamosan tartott szekciók nagy hátránya, hogy egy-egy résztvevő csak az előadások egy – rendszerint kis – részét hallgathatja meg. Az előadásokon kívül a kongresszuson volt néhány poszter, voltak filmek, és volt néhány videobemutató is. A rendezvény nyelve angol volt, Ringel azonban rendszerint németre váltott át, németül tartotta Volkstheater-beli előadását, ugyancsak németül folyt az egyetemi nyilvános vita is. Ringel e két, az osztrák nagykövetségnek is szánt programmal nyilván az osztrák közvélemény befolyásolását is célul tűzte ki, ő még további támogatást szeretne az öngyilkosság-megelőzés ügyének. Az IASP egyébként azt szeretné, ha a legtöbb ország elfogadna egy nemzetközi öngyilkosság-megelőzési és krízisintervenciós napot, amelyet arra szánának, hogy a közvéleményt irányítsák a téma fontossága felé.

A kongresszus fő témája – akárcsak a korábbi kongresszusok során is volt – alig tükröződött az előadások tartalmában. A téma nyilván az előző, caracasi kongresszus nyomán látszott aktuálisnak, e kongresszuson ugyanis az öngyilkosság-megelőzéssel foglalkozó szakemberek riadtan állapították meg, hogy szaporodnak az öngyilkosságra buzdító, a „szabad halál” jogát hirdető kiadványok, e célból szervezetek alakulnak. A szakemberek féltek, hogy ez a mozgalomnak tűnő tendencia tovább erősíti az emberekben meglévő attitűdöt, ami az öngyilkosságot elfogadhatónak, jogosnak tünteti fel. A szakemberek harcot hirdettek az ilyen törekvések ellen, az IASP is állást kívánt foglalni ezekkel szemben. Most úgy látszik, hogy az utóbbi években nem tudtak teret nyerni a „szabad halált” propagáló nézetek, a veszély tehát nem olyan nagy, mint még két évvel ezelőtt Caracasban látszott. A bécsi kongresszuson a téma már csak nagyon halványan került felszínre, megjelent néhány ember, aki a racionális öngyilkosságot, a gyógyíthatatlan betegek méltóságos halálának jogát hirdette (egy orvosnő pl. elmondta, hogy egy rákos betege öngyilkosságát elősegítette, ezért börtönbüntetést is kapott), de ebből a kérdésből nem lett vita. Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdökről csupán néhány felmérésről számoltak be, ezek megerősítették a korábban ismert adatokat, a lakosságban erős az elfogadó attitűd az öngyilkossággal kapcsolatosan, és nagyon sok ember foglalkozik az öngyilkosság gondolatával (pl. egy amerikai diákokból álló minta 35%-a). Az attitűdök kérdése egy érdekes és új vetületben jelent meg: kitűnt, hogy több helyen nagyszabású programokat kezdeményeztek, amelyek azt a célt szolgálják, hogy a lakosságot vagy annak veszélyeztetett csoportjait felkészítsék az öngyilkosság elleni harcra. Főleg amerikai államokban folynak ezek a kísérletek, Suicide Awareness Programoknak nevezik őket. Ezek felkészítik az embereket arra, hogy krízisek, betegségek, meghíúsulások esetén maguk is juthatnak veszélyes lelkiállapotokba, ezek ellen tudatosan kell védekezniük, küzdeniük, főleg azonban azt tanítják, hogyan kell felismerni másokban az öngyilkosságveszélyt és mit kell tenni ez ellen. A legtöbb ilyen program fiatal korcsoportokra irányul. Ezek bevonják a szülőket, pedagógusokat, a közösségek vezetőit is. A fiatalokra összpontosuló programok középiskolásokat, egyetemistákat tanítanak meg arra, hogyan kell „lelki elsősegélyt” nyújtaniuk („Emotional First Aid” a neve az ide vonatkozó ismereteknek) bajbajutott társaiknak. Az idén az Egyesült Államokban már megtartják az ilyen programok első értékelő konferenciáját is (Charlotte Ross, az IASP egyik aktív vezetőségi tagja irányításával). E programok hatékonysága természetesen még nem tisztázott, sokan vitatják is, érdemes-e csinálni ezeket. Annyi biztos, hogy a lakosság részéről nagy az érdeklődés, a programokat

nagyon szívesen fogadják, a kongresszuson elhangzott beszámolók szerint elenállással alig találkoznak a programok.

Valószínűleg azért is indultak meg ezek a próbálkozások és azért nő irántuk a lakossági érdeklődés, mert a fiatalok öngyilkossági gyakorisága (és ezzel együtt az öngyilkossági kísérletek száma) világszerte nő. Az Egyesült Államokban a növekedést aggasztónak tartják. De a kongresszuson elhangzottak riasztó jelzések Portugáliából, NSZK-ból és ázsiai országokból is. Növekvő probléma a fiatalok öngyilkossága néhány mohamedán országban is, így pl. Törökországban. Befejeződött az öt skandináv ország hat éven át tartó közös öngyilkossági vizsgálata, ennek eredményei még nem készek, de az irányító norvég Retterstől elmondta, hogy a fiatalok öngyilkossági halálozása dramatikusan emelkedik. Ez az emelkedés Norvégiában különösen feltűnő, mert ebben az országban az öngyilkossági halálozás jóval alacsonyabb, mint a többi skandináv országban. A fiatalok növekvő öngyilkossági gyakorisága azzal fenyeget, hogy Norvégia is „felzárkózik” a többi skandináv országhoz.

Az attitűdöket illetően hallhattuk vizsgálatokról, amelyek szerint az orvosok és más, segítő foglalkozású szakemberek attitűdjei is túlzottan elfogadóak az öngyilkossággal kapcsolatban, ez nehezíti az öngyilkosság-megelőzést, az ilyen szakemberek általában nem tudnak segíteni a bajban lévőkön. Ezért az orvosok és más, emberekkel foglalkozó szakemberek egyetemi képzésében nagyobb hangsúlyt akarnak adni az öngyilkosság-megelőzésnek. Amerikai egyetemeket színészek – az ún. „szimulált betegek” – mutatják be az öngyilkosságveszélyes lelki állapotokat a hallgatóknak. Másutt kiscsoportos formában, Bálincsoportszerűen oktatnak öngyilkosság-megelőzési ismereteket, ismét mások pedig az öngyilkosságveszélyes betegek és a tanulók közötti kapcsolat szakszerű ellenőrzésére, szupervíziójára helyezik a hangsúlyt.

A kongresszus egyéb témái már ismertek, sokat tárgyaltak voltak. Általában kisebb csoportokon végzett felmérésekről számoltak be az előadók. Továbbra is nagy érdeklődés kísérte a kórházakban, különösen pszichiátriai osztályokon elkövetett öngyilkosságokat, továbbá különböző nozológiai kategóriák (schizofrénia, depresszió, alkoholizmus, drogfüggőség) öngyilkossági jelenségeit, amelyek általában nagyobb gyakoriságúak, mint az átlagnépesség megfelelő (e betegség-csoportokkal összemérhető) gyakorisága. Érdekes volt, hogy több munkacsoport számolt be öngyilkossági kísérleten átesettek kezeléséről. A különböző módon ellátott és kezelt csoportokat évekig követték, vizsgálták, hányan követnek el közülük később öngyilkosságot. Az ilyen vizsgálatok a kezelési módok hatékonyságán kívül egyes öngyilkos-csoportok prognózisáról adnak felvilágosítást. A vizsgálatokból kitűnt, hogy külö-

nösen rossz az időskori öngyilkossági kísérletek kórjólata, e kísérleteket nagy számban követi halálos végű öngyilkosság. A kényszergyógykezelések eredménye nem jó, viszont az önkéntesen kezelésben maradó fiatal öngyilkossági kísérletezésekkel jó eredményt lehet elérni.

Érdekes módon a kongresszuson különösen sok előadás foglalkozott azzal, hogy az öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet után a közvetlen emberi környezet (párkapcsolat, család, rokonság, kis közösség) krízishelyzetbe kerül, és ez növeli az érintettek későbbi öngyilkosság-veszélyeztetettségének valószínűségét. Az öngyilkossági esemény után tehát krízisintervenciós módon támogatni kell a környezetet. Ennek módszerei és jellegzetes folyamatai különbözőek, aszerint, hogy öngyilkossági kísérletről vagy halálról van szó, egész családdal kell foglalkozni, vagy hátramaradt gyerekekkel, szülővel vagy idős házastárssal. Az előadások mind azt hangsúlyozták, hogy ez a krízisintervenció igen hatékony, ugyanakkor nem sok időt és munkaerőt igényel. Farberow a Los Angeles-i öngyilkosság-megelőzési intézetben nagyszabású kutatást is kezdett, ebben idősebb öngyilkosok házastársaival foglalkoznak krízisintervenciós módon és ezeknek sorsát követik huzamos időn át.

Igen aktívak voltak a kongresszuson a jugoszláv kollégák, több érdekes előadásuk hangzott el. Szlovén szakemberek az öngyilkossági telefonszolgálatok munkáját vizsgálják, különböző szolgálatokat hasonlítottak össze, illetve a beszélgetések magnetofonra felvett anyagát elemezték. A kongresszuson két magyar előadó volt, a szigetvári Szabó Péter dr. a pécsi telefonszolgálat témájának, illetve a szigetvári krízisosztálynak vizsgálatait mutatta be, két poszteren, ezek nagy figyelmet váltottak ki. Temesváry Beáta dr. a Csongrád megyei tapasztalatokról számolt be, két előadásban. Résztvett a budapesti krízisosztály négy szakembere is a kongresszuson, Csiszér Nóra dr. főorvosnő vezetésével.

Meg kell emlékezni a már szóba került egyetemi vitáról és Ringel előadásáról a Volkstheaterben. A vita a társadalom és a különböző intézmények felelősségét emelte ki, konklúziója szerint az öngyilkosságok nagy része megelőzhető lenne és ennek megvalósítása a társadalom feladata. A Volkstheaterben Ringel az öngyilkosság és a társadalom viszonyát igen érdekes módon tárgyalta, ismert operákból 12 jellegzetes, öngyilkossági eseményt emelt ki, ezek mindegyikében az öngyilkosság egy típusos társas, interperszonális konstellációját vélte felfedezni. Az opera konkrét eseménye alapján elemezte ezeket a típusokat. Az opera megfelelő részletét neves osztrák művészek be is mutatták. Az előadás ragyogóan sikerült, művészileg is élményszerű volt, de tudományosan is megragadó eseménynek bizonyult, hiszen az operai jelene-

tek az öngyilkosság különböző arculatait a maguk teljes bonyolultságában mutatták be, ez nagyon jól ellensúlyozta az előadásokban megnyilvánuló redukcionista szemléletet. A kongresszus előadásaiban ugyanis általában néhány tényező korrelációja került felszínre és elég sok volt az olyan előadás, amely az öngyilkosságra monofaktoriális magyarázatot keresett (pl. alkoholizmusra, depresszióra vezetett vissza). Egyedül Shneidman plenáris előadása szólt az öngyilkosság definíciós problémáiról. Ringel viszont igyekezett az öngyilkosság emberi komplexitását érvényre juttatni, összetett kérdésfeltevéseket fogalmazott meg.

A kongresszus egészében kellemes, jó hangulatú volt. Számomra az IASP különféle vezetőségi megbeszélései (pl. az említett találkozó a nemzeti képviselők számára, a Crisis című IASP folyóirat szerkesztő-bizottsági ülése, a külön beszélgetések Ringel, a finn Achté, a francia Soubrier és mások teamjeivel stb.) nyújtott még sok élményt és információt. A rendezőség lehetővé tette, hogy a magyar résztvevők csak 1000 schillinget fizessenek részvételi díjként, a 3600 schilling helyett, ami a hivatalos díj volt. Ezért valamennyien külön köszönettel tartozunk Ringelnek, Gernet Sonnecknek, a főrendezőnek, és az osztrák rendezőség más tagjainak.

Az öngyilkosság empirikus kutatásának első európai szimpóziuma (München, 1986. március 19-22.)

A müncheni Technische Universität nemrég gyönyörű új épületbe költözött pszichiátriai klinikája rendezte meg a „I. European Symposium on Empirical Research of Suicidal Behaviour” című, angol nyelvű konferenciát, amelynek célja az volt, hogy összegyűjtse az európai kutatásokat az öngyilkosság témaköréből. A pszichiátriai klinika egyik fő kutatási területe az öngyilkosság, a Technische Universität klinikai részlege látja el a nagyváros öngyilkossági kísérleteinek jelentős részét, ezek közül sok kerül a pszichiátriai klinikára, így a pszichiáterek érdeklődése az öngyilkosság iránt szinte szükségszerű. Valószínű, hogy az új klinikai épület elfoglalásának alkalma is közrejátszott, hogy a pszichiátriai klinika öngyilkossági szimpóziumot rendezett, de szerepe lehetett ebben annak, hogy a klinika a biológiai hangsúlyú, empirikus pszichiátria mellett kötelezte el magát, és szakemberei, mint sok más nyugatnémet szuicidológus is, elégedetlenek voltak az IASP (International Association of Suicide Prevention) tevékenységével és kongresszusaival. A jelenlegi szimpóziumot az IASP tavalyi, bécsi 13. nemzetközi kong-

resszusán kezdték szervezni. A Technische Universität orvosi tagozatának különben is szinte hagyománya az alternatív és némileg kompetitív szervezés, az egyetem maga is így jött létre, egy neves sebész a század első évtizedében a meglévő müncheni egyetemmel versengő orvosi fakultást próbált létrehozni, és ennek a Technische Universität adott otthont, keretet.

A konferencián kb. 100 résztvevő volt, a klinika új előadótermében zajlottak az előadások, a szervezés és rendezés munkáját is a klinika szakemberei végezték. A klinika igazgatója, H. Lauter volt a konferencia fő védnöke, a szervezést H. J. Möller másodprofesszor irányította. A nemzetközi tudományos bizottságban részt vett a finn Achté, a holland Diekstra, az angol Kreitman és a norvég Retterstól, számos neves német szakember mellett. A szimpóziumot három nagy gyógyszergyár, az Organon, a Ciba-Geigy és a Tropon támogatta. Nem tudni, hogy a gyógyszergyárak bőkezűségének köszönhető, vagy annak, hogy a szervezők jól sáfarkodtak a magas (300 DM) részvételi díjjal, miközben maga a szimpózium valószínűleg kis önköltségű volt (hiszen a klinika maga állított ki mindent), a fogadások pazarlóan gazdagok voltak, a konferencia megkezdése előtt az ún. Welcome Reception a klinikához közel lévő müncheni Penta Hotelben, majd a tulajdonképpeni fogadás a Hotel Vier Jahreszeitenben, a Cherubin teremben zajlott (itt lakott a konferencia idején a Münchenbe látogató Gustav Adolf svéd király és a szenegáli uralkodó, akinek ünnepélyes bevonulását a fogadás idejében meg is szemléltettük).

A konferencián szinte minden európai országból voltak résztvevők. Lengyel és román szakemberek is jelentkeztek, de mint kitűnt, anyagi nehézségek miatt nem tudtak eljönni. Ezzel szemben 11 magyar volt jelen, a németeken kívül talán a magyarok voltak legnagyobb számban. Ez H. J. Möller professzornak köszönhető, akivel előzetesen levélben tisztáztam, hogy a magas részvételi díj a magyarok többségének áthidalhatatlan akadály, és erre az információra ő a magyarok számára ingyenessé tette a részvételt. Szocialista országból a magyarokon kívül néhány jugoszláv kutató volt csak jelen. Nagy volt a skandináv országok érdeklődése, valamennyi skandináv államból jöttek résztvevők, legnagyobb számban azonban a svédek voltak.

A szimpózium előadásainak összefoglalóit előre közrebocsátották. A legtöbb résztvevő 10 percet kapott előadására, néhányan 15 percet, minden előadást 5 perc vita követett. A bejelentett előadásokból a szervezők próbáltak tematikus programokat összeállítani. A kongresszus végig kellemes, közvetlen hangulatban folyt, a résztvevőknek hosszú szünetek alkalmával volt módjuk kötetlenül is beszélgetni egymással, nem is szólva a fogadások alkalmairól.

A rövid előadásidő miatt minden előadó főleg diákat mutatott. Csaknem minden előadás valamilyen vizsgálatot mutatott be, valamilyen öngyilkos csoport számadatait, megoszlási viszonyait, vagy valamilyen vizsgálatot, felmérést, esetleg standard tesztek, kérdőívek segítségével. Rendszerint kisebb esetszámú csoportokról volt szó, amelyek nem a mintavétel szabályai szerint alakultak. A legtöbb előadást a vendéglátó klinika munkatársai és más német szakemberek tartották. Az előadások jelentős részét már lehetett olvasni a szakirodalomban, vagy pedig az IASP előző nemzetközi kongresszusain is előadták őket. Ez mutatja, hogy az öngyilkossággal kapcsolatos konferenciák és kongresszusok gyakoribbak, mint azt a kutatások szükségessé tennék (a német országos és regionális konferenciák előadásait gyorsan kiadják kötetekben, de ezektől függetlenül is divat a vizsgálatokat a szakajtóban is közölni, innen van, hogy a német szakirodalmat követő számára ez a konferencia is sok ismétlést hozott).

Bizonyos kutatási témák halmozottan jelentkeztek az előadásokban. Egyik ilyen téma volt az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek számának növekedése a pszichiátriai osztályokon. Ez világszerte érzékelhető tendencia. Retters a skandináv országok kooperatív öngyilkosságkutatásának adatait mutatta be, a hetvenes évek első felében az öngyilkossági arányszám a pszichiátriai osztályon ápoltságú betegek között 277 volt, tehát több mint tízszerese a svéd vagy a dán országos arányszámnak. Hasonló adatokat mutattak német vizsgálatok is, pl. a weissenau területi elmekórházban. Az előadók ezt részben arra vezetik vissza, hogy mind több öngyilkosságveszélyes eset kerül a kórházakba, ott a betegek szabadsága egyre nagyobb, ezért van módjuk megszökni vagy öngyilkosnak lenni, de az öngyilkosságveszélyes esetek nagyon próbára teszik a kórházak szervezeti rendszerét. Német vizsgálatok szerint a kórházi öngyilkosságok akkor történnek, amikor változások vannak a személyzetben, amikor a betegek számára nincs mód tartós terápiás kapcsolatok kialakítására a személyzettel. Még speciális depressziós osztályokon is elég nagy az öngyilkossági események gyakorisága.

Sok epidemiológiai adatot is közöltek, legtöbb öngyilkossági kísérletekkel kapcsolatos. Angol és dán adatok szerint az öngyilkossági kísérletek erős statisztikai összefüggést mutatnak a munkanélküliséggel. Sok adat gyűlt össze az egyes nozológiai kategóriák öngyilkossági gyakoriságáról. Az ilyen vizsgálatok gyenge pontja, hogy a diagnosztikai kategóriák meghatározása bizonytalan volt, a kutatók vagy megelégedtek a klinikai diagnózisokkal vagy tüneteskálák, tesztek alapján kórisméztek (különösen meghalt esetekben, utólag). Általában az előadásokban érzékelhető volt az a tendencia, hogy az ön-

gyilkosság fő okaként a pszichiátriai betegséget tüntessék fel. Így pl. egy magyar vizsgálat is kb. 50%-ban pszichózisra vezette vissza meghalt esetekből, törvényszéki bonctani intézetből vett populációjában az öngyilkosságot (Demeter és mtsai). Általában a vizsgálatok magasnak találták az öngyilkosság gyakoriságát és az öngyilkossági veszélyeztetettség mértékét az alkoholbetegek és a drogfüggőségben szenvedők között. A magas kórházi öngyilkossági gyakoriság is összefügg az alkohol- és drog betegek növekvő számával a kórházakban.

Érdekes beszámolók szóltak az öngyilkossági kísérleten átesettek kezeléséről. A vizsgálatok egyhangúan mutatják, hogy az öngyilkossági kísérlet nagy veszélyeztető tényező újabb kísérletek és öngyilkossági halál szempontjából, ezért a kísérleten átesetteket veszélyeztetett csoportnak kell tekinteni, gondozni, kezelni kell. Csak egy vizsgálat tudott azonban eredményekről beszámolni, az előadott felmérések nagyobb része azt mutatta, hogy a kezelt csoportokban az ismételt kísérlet vagy az öngyilkossági halál gyakoriságát nem sikerült csökkenteni a kontroll-csoporthoz képest. Egy müncheni vizsgálat ismételt öngyilkossági kísérletet tett csoportokat három és 12 hónapon át tartott ambuláns kezelésben. Az utóvizsgálatok során a hosszú ideig kezelték között is ugyanolyan arányban fordult elő öngyilkosság vagy az öngyilkossági kísérlet további ismétlődése.

Az öngyilkossági kísérleteket tehát a mai kutatások általában komolyabban veszik, mint korábban. Ugyan a konferencia során is gyakran használták a paraszucidium fogalmát, jelen volt a fogalom megalkotója is, az angol Norman Kreitman, de ő maga is olyan értelemben beszélt az öngyilkossági kísérletekről, hogy azokat inkább a befejezett öngyilkosságok szemszögéből értelmezte. Kreitman egyébként kutatási módszertani kérdésekről beszélt, az öngyilkossági kísérletek kutatásában talált néhány jellegzetes összefüggés (pl. a munkanélküliséggel való korreláció, az alkoholizmussal vagy a drogabúzással való korreláció stb.) megállapításának hibalehetőségeit elemezte.

Külön program volt a konferencián az öngyilkosság biológiai kutatásáról szóló előadások sora. Meghívott vendég volt a svéd Maria Asberg, aki a szerotonin-anyagsere egy termékének, az 5-HIAA-nak és más rokonvegyületeknek alacsony szintjét találta öngyilkosok liquorában és egyes agyi szerkezeteiben. Ez az összefüggés a neurotranszmitter anyagsere zavarát sugallja. Asberg 1976-ban közölte először ezt az összefüggést, azóta számos más kutatás is igazolta ezt, és nagyon széles körben vált ismeretessé. A magyar Arató Mihály adatai arra mutatnak, hogy az öngyilkossággal nemcsak az alacsony, hanem a túl magas szint is korrelál, tehát valószínűleg nem specifikus,

hanem általános neurohormonális szabályozási zavar állhat az öngyilkosság hátterében. Számos más neurohormonális anyag szintjeiben találtak elváltozásokat öngyilkosok agyának különböző részeiben, ezekről is hallottunk előadásokat (pl. a magyar Bánki Csaba amerikai tanulmányútja során végzett vizsgálatait, amelyek a corticotropin-releasing factor rendellenes viselkedését mutatták ki depresszióban és öngyilkosságban).

Meglepő, hogy a postmortem biokémiai vizsgálatok milyen nagy tekintélyűek a kutatók körében ma, milyen érdeklődést vonnak magukra és hogy ezzel egyidejűleg milyen kevés módszertani kritika éri őket, pedig az öngyilkossági halállal (pl. a strangulatio okozta halállal) együtt nagyon sok biokémiai elváltozás járhat az agyban, és ahhoz, hogy valamilyen rendellenes anyagkoncentrációt oki tényezőként tekinthessünk, be kellene bizonyítani, hogy ez a haldoklástól független és az élő emberben is jelen volt. Kérdése, hogy a nem szuicidális halottak agyi struktúrái megfelelő kontrollok-e ehhez.

Néhány új adat is említést érdemel a szimpóziumról. Egy svéd vizsgálat kimutatta, hogy különböző születési kohorsok öngyilkossági gyakorisági viszonyai eltérők, és a kohorsok egész életükön át hordozzák sajátos veszélyeztetettségüket. Ilyen összefüggésre mutatnak hazai statisztikai adatok is. Möller és munkatársai 25 német nagyváros öngyilkossági viszonyait vizsgálta, az öngyilkossági arányszámok változásaiban nem sikerült kimutatniuk a működő telefonos elsősegélyszolgálatok jelentőségét, vagyis a működő szolgálatok nem csökkentik az öngyilkosság gyakoriságát és nem is állítják meg a gyakoriság növekedési trendjeit. Ugyancsak Möllerek feldolgozták az öngyilkosságra vonatkozó múlt századi német szakirodalmat, és azt találták, hogy az elemekórházakban már akkor is sokkal – 5-10-szer – gyakoribb volt az öngyilkosság, mint az átlagnépességben.

Számos figyelemreméltó adatot és előadást lehetne még említeni. Általában érdeklődést keltettek a magyar előadások, Ozsváth Károly dr. pl. a magyar öngyilkossági helyzetbe ágyazva mutatta be a Baranya megyei adatokat, amelyek a társadalmi beilleszkedési zavarok kutatása keretében kerültek felszínre. Temesváry Beáta az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdöket mérte fel öngyilkossági kísérletesek szegedi csoportjában. Itt kell megemlíteni, hogy érdekes kutatások indultak meg az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök terén Hollandiában (Diekstra), és mind holland, mind pedig német vizsgálatok azt mutatják, hogy a lakosságban jelentős százalékban (12-20%-ban) található öngyilkossági ideáció, és a lakosság jelentős része nagyon elfogadó az öngyilkossággal kapcsolatban. Csiszér Nóra és két munkatársa a budapesti kórisosztály anyagából tartott előadásokat, ezekben az öngyilkossági kísérletek

motivációs háttéréből, konfliktusanyagáról és más, a megelőzés és a terápia szempontjából fontos pszichológiai szabályszerűségekről volt szó.

A szimpózium záróülésén felmerült, hogy külön európai empirikus öngyilkossággkutató társaságot alapítanak, de ezt a résztvevők elvetették („ne legyen ismét új társaság” felkiáltással), de szükségesnek tartották hasonló konferenciák szervezését. Anglia, vagy a skandináv országok valamelyike lesz kb. két év múlva a következő konferencia színhelye. A résztvevők hitet tettek az empirikus kutatás fontossága mellett, bár Kreitman felhívta a figyelmet, hogy az empirikus kutatók gyakran nagyon beszűkülten, módszercentrikusan kezelik a problémákat. Ez végül is a hallott előadásokból is kitűnt, és bennem is az a benyomás maradt, hogy az empiria túlhangsúlyozása nem fogja igazán előrevinni az öngyilkossággkutatókat, a számok bűvöletében elhomályosodnak a komplex és folyamatszerűen ható összefüggések.

A szimpózium végső soron kellemes és elgondolkodtató, ösztönző volt. Ezért köszönet illeti Möller professzort a részvételi díj elengedéséért, munkahelyi előjáróimat és az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályát pedig a részvétel engedélyezéséért. A szimpóziumon a saját költségemen vettem részt.

WHO szakértői értekezlet az öngyilkosságról (York, 1986. szeptember 21-26.)

A WHO Európai Regionális Irodája közel két évtizede foglalkozik az öngyilkosság-kutatás és az öngyilkosság-megelőzés serkentésével és koordinálásával az európai térségben. Azért tekinti ezt kiemelt feladatának, mert Európában az öngyilkosság gyakoribb, mint a világ más térségeiben, és igen nagy közegészségügyi problémát jelent. Az Európai Regionális Iroda elmeegészségügyi és epidemiológiával foglalkozó osztályai különböző szakanyagokat és ajánlásokat adna ki, továbbá időszakosan szakértői értekezleteket hívnak össze, amelyek meghatározzák a további tennivalókat, irányelveket jelölnek meg a kutatás és a prevenció számára, továbbá szakmai kapcsolatokat hoznak létre a különböző országok szakemberi között. A legutóbbi ilyen értekezlet 1981-ben Athénben volt (erről az Orvosi Hetilapban beszámolót tettem közzé), ennek összesítését kis könyv alakban 1982-ben jelentették meg (EURO Reports and Studies, 74.). Az athéni értekezlet munkáját folytatta a mostani yorki konferencia, amelyen kb. 25 szakember vett részt. Henderson „mental health officer” mellett három WHO szakember, két brit minisztériumi tisztségviselő, a samaritánus mozgalom és a telefonszolgálatok nemzetközi szö-

vetsége (IFOTES) egy-egy képviselője, továbbá a WHO „együttműködési centrumok” szakemberei vettek részt, képviselőt hívtak meg a kanadai Calgaryban néhány ezelőtt nyílt öngyilkossági információs és dokumentációs központból, továbbá meghívtak két olyan amerikai szakértőt, aki az Egyesült Államokban öngyilkosság-megelőzési programokat vezet. Charlotte P. Ross az oktatásügyi tárcán belül az iskolai és ifjúsági öngyilkosság-megelőzés szakembere, Samuel Frazier pedig az amerikai elmeegészségügyi intézet (NIMH) újonnan alakult speciális öngyilkosság elleni programcsoportját (task force) vezeti, amely sokmillió dolláros költségvetéssel, számos megkezdett kutatáshoz és programhoz (pl. a depresszió kezelésével kapcsolatos programokhoz) kapcsolódva igyekszik visszaszorítani az öngyilkosságot. Rájuk kívül 12 országból hívtak meg szakértőket. Jelentős tény, hogy – tudomásom szerint – az Európai Regionális Iroda korábbi programjaihoz képest először vett részt szovjet szakember is ilyen szakértői értekezleten, mégpedig a szovjet egészségügyi minisztérium képviselőjében (Csurkin, a minisztérium elmeegészségügyi szakvezetője volt jelen). Mint kitűnt, a Szovjetunió európai részében is komoly problémának tartják az öngyilkosságot, megkezdtek olyan rendszer kialakítását, amely segítséget nyújt az öngyilkosság-veszélyes embereknek. Érdekesség, hogy a szovjet szervezés a megelőzésben nagy szerepet tulajdonít a telefonszolgálatoknak. A korábbi szakértői értekezletekhez képest új, hogy spanyol, olasz és izraeli szakember is jött. Izrael a WHO középkeleti régiójából az európaiba sorolták át. Tudatosan hangsúlyt akart adni a konferencia szervezése a mediterrán országok képviselőinek, mert ezekben az országokban ugyan alacsony az öngyilkossági gyakoriság, de mutatkozik lassú emelkedés, és növekszik az öngyilkossági kísérletek száma. Az öngyilkosság-kutatásban neves személyiségek (a két említett amerikai kívül) között, akik az értekezleten résztvettek, Peter Sainsbury, a holland René Diekstra, a dán Juel-Nielsen, a finn Jouko Lönnkvist és a német Möller és Schmidtke említhető. Az értekezletet tudományosan az edinburghi Stephen Platt és a yorki Peter Kennedy vezette. Kennedy huzamos ideig a WHO alkalmazásában állt, ezért valószínű, hogy ő szervezte az idei konferenciát Yorkban.

A színhely megválasztása igen szerencsés volt. A történelmi város szinte ragyogott a gyönyörű őszi időben, az utcák nyugalmasak voltak, és bőven volt hely a városfalak közelében, a Mount nevű városrész Abbey Park Hotel elnevezésű luxusszállodájában, amely konferenciacentrumként is működik. Itt igen kellemes és nyugodt körülmények között tanácskozhattunk. Viszonylag kevés szociális programmal (amelyekben azért szerepelt a város megtekintése, fogadás, a város ősi elmekórházainak meglátogatása) délelőtt 9-től este

7-ig dolgoztunk. Minden szakértő előzetesen írásos anyagot küldött, ezt minden résztvevő megkapta, így az idő csak vitára, új szempontok előterjesztésére, illetve ajánlások kidolgozására használódott fel. Az értekezlet igen jó hangulatú és nagyon élénk volt, talán a korábbi hasonló értekezleteknél még konstruktívabbnak is mondható.

Az öngyilkosság kutatásának és megelőzésének külön nyomatékot ad, hogy *a nyolcvanas években az öngyilkosság gyakorisága Európában emelkedik*, számos országban az emelkedés igen jelentős. Nagy az emelkedés Írországból, Hollandiából, Belgiumból, Luxemburgból, Franciaországból, kisebb mérvű a skandináv országokban. Egyedül Csehszlovákia adataiban található csökkenés az öngyilkosság gyakoriságában. Kisfokban növekedett az öngyilkossági kísérletek száma, amennyire ezt a meglévő adatokból meg lehet állapítani (az értekezlet egyik feladata volt, hogy néhány európai országban – végül az NSZK, Anglia, Olaszország, Hollandia és Finnország állapodott meg ebben – egységes regisztrációs rendszert és közös kutatást alakítsanak ki az öngyilkossági kísérletekkel kapcsolatosan). Egyedül az angol adatok mutatnak e téren csökkenést. Az öngyilkosság így Európában fontos halálok, és a jelenlegi növekedési trend alapján (amely részben az idős emberek számának növekedéséből, tehát korspecifikus gyakorisági viszonyokból ered) várható, hogy ez az ezredév végére még inkább így lesz. A 2000. évre viszont a WHO ambiciózus tervet dolgozott ki, az „Egészséget mindenkinek” (Health for All) elnevezésű programot, amely jelentősen javítani akarja a közegészségügyi helyzetet. Az Európai Iroda tervezetében a 12. számú célkitűzés (Target 12) az öngyilkosság-növekedési trendjének megállítását és megfordítását, a jelenlegi gyakorisági viszonyok 10 százalékos csökkentését irányozza elő. Ennek érdekében szükségesnek tartja a kutatás és a megelőzés intenzívebb fejlesztését.

A szakértői értekezletnek állást kellett foglalnia e tervszettel kapcsolatban. Az első nagy vita e témakörben alakult ki, többen úgy vélekedtek, hogy ez a cél túlzottan nagy, kevés eszközünk van az öngyilkosság elleni harcban, és alig várható, hogy az idősok számaránybeli növekedéséből származó korspecifikus gyakoriságnövekedés befolyásolható. A szkeptikusok sok adatot soroltak fel, támaszkodtak pl. Diekstra anyagára, amely 81 kutatás (összesen 15.000 eset) metaelemzése alapján azt mutatta ki, hogy az öngyilkosságveszély előrejelzése nagyon bizonytalan, így tehát közvetlen veszélyeztetett csoportokat nagyon nehéz kijelölni, csak általános értelemben lehet kockázati csoportokról beszélni. Hasonló adat volt, hogy Európában az általános emelkedésnél is nagyobb az elmebetegekben ápoltság vagy az elmebetegellátásban

járóbetegként kezelt emberek öngyilkossági gyakoriságnövekedése, a kezelésbevitel vagy akár a kórházi felvétel tehát nem mondható hatékony megelőzési módnak (a másodlagos és harmadlagos megelőzés terén). Néhány nagyobb vizsgálat, pl. Möller müncheni felmérése pedig arra mutat, hogy a speciális öngyilkosság-megelőző kezelési sémák (amelyeket öngyilkossági kísérleteken átesettek körében alkalmaznak), nem eléggé hatékonyak, helyenként az intenzíven kezelt csoportok közül ugyanannyi eset követett el később öngyilkosságot vagy kísérletet, mint a kontroll-csoportban. Az elsődleges megelőzés módszereinek hatékonyságáról pedig még kevesebb az empirikus bizonyíték. Mások viszont a megelőzés effektivitása mellett érveltek, kisebb vizsgálatok alapján, továbbá másodelemzések nyomán állították, hogy nagyon sok öngyilkosságot megelőznek máris, csak az így előállt csökkenés elvész a növekedési trendben. A megelőzési rendszer sehol a világon nem kiterjedt, az erőfeszítések nem összehangoltak, így a jelenlegi helyzet nem tekinthető mérvadónak a hatékonyságot illetően. Frazier a NIMH depresszió-kutatására utalt, ennek egy kb. 1000 főnyi, 17 éven át (kb. 260 millió dollár költséggel) követett csoportjában mindössze egy öngyilkosság fordult elő (a várható kb. 15 százalékkal szemben), így Frazier szerint a lítiummal, antidepresszív kezeléssel és kognitív pszichoterápiával(!) korszerűen kezelt és folyamatos gondozás, ellenőrzés alatt tartott depressziós betegek körében lehetséges a hatékony megelőzés.

Számos ország kezdett akciót az öngyilkosság ellen, ennek hátterében a néhány év alatt bekövetkezett néhány százezrelékes arányszám növekedés áll. Emiatt kezdődött az amerikai és a kanadai megelőzési program, és Hollandia kb. 6 százezrelékes növekedése az öngyilkosság-kutatás és a megelőző programok részére adott pénzügyi támogatás jelentős fokozódását vonta maga után. Finnország az évezred végéig 20 százalékkal kívánja csökkenteni az öngyilkosságok gyakoriságát. Hollandiában is és Finnországban is komplex programot kezdtek el ebben a gyakorló orvosok bevonása, az orvosok és az egészségügyi dolgozók, továbbá az öngyilkosság-veszélyes emberekkel foglalkozó szakmák (börtönőrök, rendőrök stb.) szuicidológiai képzése, a kockázati csoportok intenzívebb védelme a fő cél. Mint kitűnt, a megelőzési programok hívei minden lehetőséget megragadnak, hogy szakellátás felé kanalizálják az öngyilkossági szándékú embereket. Hallottuk pl., hogy egyes országokban a fodrászokat, kozmetikusokat, pedikűrösöket képezni akarják a szuicidológia alapismeretiben. Amerikai megfigyelés, hogy nagyáruház reklamációs osztályán, különösen a cipőreklamációkkal kapcsolatosan nagyon sok öngyilkosság-veszélyes ember szűrhető ki és vehető kezelésbe. Kiemelt

veszélyeztetett csoportnak tekintik a depressziósokat, a pszichiátriai pácienseket, a drogélvezőket és az alkoholistákat. Odenseeben, az Európai Regionális Iroda egyik „együttműködő centrumában” az alkoholisták öngyilkosság-megelőzési ellátására kezdtek kísérletet. Csurkin elmondta, hogy a Szovjetunióban is magas az alkoholisták öngyilkossági gyakorisága, ezért szuicidológiai szempontból is sokat várnak a jelenlegi alkoholkorlátozó intézkedésektől. Fontosnak tartották a munkanélküliek, a menekültek és emigránsok, a vendégmunkások, valamint az egyedül élő és hátrányos helyzetű öregek megelőző ellátását. Az életkioltására alkalmas eszközök (fegyverek, drogok, mérgek) kontrolljának szigorítását, az öngyilkossági kísérletek orvosi ellátásának magasabb színvonalát, a krízisintervenciós osztályok szaporítását, a laikus emberbaráti segítő és az önsegítő mozgalmak támogatását tartották a megelőzés szempontjából kívánatosnak. Fontosnak minősítették a laikus szervezetek és a szakszerű, illetve hivatalos ellátási és megelőzési intézmények működésének összehangolását.

Külön téma volt az elsődleges prevenció, ebben a leghatékonyabbnak azt tartották, hogyha a társadalmi figyelem (különösen a politikai döntéshozók, illetve a társadalom irányító szerveiben mérvadó emberek figyelme) jobban az öngyilkosság kérdése felé fordul. Tanítani, illetve fejleszteni kellene a segítés módszereit, a másik ember felé irányuló emocionális támogatás készségét, az előítéletek és a bűnbakképzés, a rejekció mechanizmusainak gyengítését célzó beállítódásokat. Részben a másodlagos megelőzés körébe tartozik, de fontos a közvélemény érzékenyítése az öngyilkossági szándék jelzéseinek felismerésére. Az Egyesült Államokban az iskolákban folyó öngyilkosság-megelőzési programok egy fő „tananyaga” ez, a konfliktusmegoldás, a krízisfeldolgozás néhány alapismerete mellett. Nagy vita tárgya volt a *tömegkommunikációs eszközök* szerepe az öngyilkosság-megelőzésben. Az egyik résztvevő, Schmidtke nagy vizsgálatot mutatott be, amely bizonyítja, hogy öngyilkosságot bemutató televíziós játék nyomában megnőtt az öngyilkosságok száma, mégpedig éppen azokban a kor- és nem-kategóriákban, amelyhez az öngyilkosságot elkövető főhős is tartozik. A konferencia időpontjában jelent meg a New England Journal of Medicine-ben két nagyobb amerikai vizsgálat (a cikkek fotókópiáját megkaptuk), amely ugyancsak ezt bizonyítja, még azt is kimutatva, hogy a növekedést nem követi közvetlen csökkenés, tehát nem arról van szó, hogy a televíziós műsorok meggyorsítják bizonyos emberekben az öngyilkossági folyamatot. E vizsgálatok alapján az öngyilkosságot élethűen bemutató televíziós, rádió és sajtóközlések korlátozását kell javasolni.

A megelőzési tennivalók közül a legfontosabbnak a kutatást tartotta az értekezlet. Az öngyilkossági kísérletek említett, összehangolt kutatási terve mellett a legfontosabbnak azt látták, hogy a nagy öngyilkosság-gyakoriságú országokban kellene etiológiai és statisztikai kutatásokat kezdeni. Egyhangú volt a vélemény, hogy Magyarország kiválóan alkalmas kutatási terep lenne. Az Európai Regionális Iroda jelenlévő szakemberei lehetőséget látnak a WHO bevonódására a hazai öngyilkossági kutatásokba kollaboratív kutatás formájában. Örömmel üdvözölték azt a bejelentésünket, amit Jouko Lönggqvisttel tettünk, hogy a két ország szuicidológiai együttműködéséről magas szinthatározat született, és csakhamar megkezdődik a szakemberek egyeztető megbeszélése is (finn kutatócsoport jön el közös konferenciára).

Az értekezleten igen sokféle téma volt, nagyon sok információt kaphattunk egymástól is, de a WHO információs rendszeréből, és a résztvevők kapnak folyamatos tájékoztatást a kanadai információs centrumból. Sok alkalom volt személyes beszélgetésekre a közös étkezések során. Az értekezlet anyagából kötet lesz. Magam különösen az öngyilkosság-megelőzés témakörében voltam aktív, a javaslatok egy részét én állítottam rendszerbe, illetve bontottam le a szocialista országokra vonatkozó prioritásokra. Korábbi tapasztalataimból tudom, hogy a WHO az aktivitást igényli, és valószínűleg a mutatott involváció alapján nyerhettem el most is az Európai Regionális Iroda meghívását erre az értekezletre, amelyen már az athéni megbeszéléshez képest is alaposan kicserélődtek a résztvevők, a régi csoportból mindössze néhányan maradtunk. Így szinte „doyenként” tekintettek, nekem kellett a munkacsoport nevében tószttal üdvözölni York és a környező közigazgatási terület, Yorkshire egészségügyi vezetőit, akik a konferencia tiszteletére díszvacsorát adtak.

A tanulságos és érdekes konferencián részvételemet az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának, továbbá munkahelyi előjáróimnak engedélye tette lehetővé, ezért köszönettel tartozom.

Az öngyilkosság kihatásai
Az International Association for Suicide Prevention and Crisis
Intervention (IASP) 17. Nemzetközi Kongresszusa Montreal,
1993. május 30-június 3.

Az IASP kétévente megrendezésre kerülő kongresszusát most a kanadai nemzeti öngyilkosság-megelőzési szervezet és a quebeci tartományi szervezet (rövidítve: CASP és AQS) együtt rendezte meg Montreal város nagyon aktív és sokféle tevékenységet végző aktivacsoportjával (Suicide Action

Montreal – SAM). A szervezés lelke a kanadai társaság elnöke, Dr. Brian Mishara volt, aki az UQAM rövidítésű egyik montreali egyetem (Université du Québec á Montreal) pszichológiai tanszékének keretében a Laboratory for Research in Human and Social Ecology (LAHERS) elnevezésű egységet vezet. A kongresszust is ezen az egyetemen rendezték meg, ennek két nagy és több kisebb előadóterme és tágas előterei kiváló helyszínnek bizonyultak. A hatalmas egyetemen közben folyt az élet, nemcsak a diákok vonultak le-fel, hanem az egyetem kissé barátságtalan betonkolosszusát (Németországban, Franciaországban gyakran látni ilyen épületeket, itt építészeti és színpompázásokkal próbálták feloldani a nagy betonfelületek ridegségét) szerencsés ötlettel egy metróállomás egyik kijárójával is összekötötték (Berri-UQAM állomás), és a földalattiból kiszállók egy része is átmegy az épületen, így nagyon sok volt a járókelő, sőt ünnepnapokon még utcai árusok is felverték itt standjaikat. Így a kongresszus kb. 400 résztvevője igen mozgalmas környezetben volt. A résztvevők túlnyomó többsége kanadai és quebeci (vagyis főleg, illetve kizárólag francia nyelvű), nagyrészt fiatal szakember volt. Ez tükrözte, hogy az öngyilkosság-megelőzés és öngyilkossággutató nagy fejlődésnek indult Kanadában általában és Quebec tartományban különösen.

Ezt magam úgy is átélhettem, hogy 1982-ben jártam utoljára a városban és az öngyilkosság témakörében is tartottam előadást, amit ugyan érdekesnek tartottak, de mondták, hogy kevesen foglalkoznak a témával, holott akkor már nyilvánvalóvá vált, hogy az öngyilkossági hányados növekedésnek indult az országban, és nőtt az öngyilkossági kísérletek száma is, továbbá már foglalkoztak a nagyobb arányú megelőzés és kutatás terveivel (ez a többi tartományban, Ontarióban és Albertában is így volt, amelynek néhány nagyvárosában jártam, és akkor szomorúsággal töltött el, hogy milyen felelősséggel fordul a politika és az egészségügy a mi nagyságrendű eseteink felét sem elérő problémához). Most érdekes kontraszt volt, hány kutató és megelőző intézmény működik már, milyen sok a telefonszolgálat, mennyi országos, tartományi, helyi (regionális) és közösségi megelőzési és posztvenció program van. Különösen impresszionált a Suicide Action Montreal tevékenysége, a sok lelkes aktivista érdeklődése. Látható volt, hogy az öngyilkosság két vetülete vált ki ösztönzést a támogatásokra, az egyik a fiatalok (15-20 év közöttiek és korai huszonévesek) öngyilkossági arányszámának növekedése, a másik a kanadai bennszülött lakosság öngyilkosságainak gyakorivá válása. Ez utóbbi erős politikai reflektorfénybe került, így egyre-másra nyílnak meg a megelőzési központok és ellátó szolgálatok a nagyon szórványosan lakott északi területeken, szigeteken. Néhány ezres, néhány tízezres csoportok öngyilkossági esetei

néha gyaníthatóan csalókan mutatják be a gyakorisági viszonyokat, de a kiszámítható arányszámok valóban ijesztőek, és az öngyilkossági kísérletek számszerű szaporulata félreérthetetlen (még ha, mint kitűnt, sok manipulatív, „utilitárius” mozzanat is van ezekben). A kongresszuson is hirdettek állásokat ilyen északi területekre szakembereknek, és mindennap volt külön szimpózium a bennszülöttek (a „native” kanadaiak) öngyilkosságáról, többek között inuit-eszkimó nyelven is, e nyelv egzotikus írásával is voltak szövegek a különböző kongresszusi dokumentumokban.

A kongresszus megnyitása is összefüggött az északiak, az indiánok és eszkimók problémáival, mert egy Art Solomon nevű 85 éves sámán és polgárjogi aktivista tartotta a bevezető előadást, imával kezdte, füstölőket gyújtott meg és szenvedélyesen ecsetelte annak hátrányait, hogy a kolonizáció, majd a nyugati életforma tönkretette a Kanadában élő ősi népek kultúráját, és most így e népek tagjai, kivált fiataljai egyre nehezebben képesek beilleszkedni, egyre nagyobb kulturális konfliktust élnek át.

Lényegében négy munkanapból állott a kongresszus, így a fő téma: The Impact of Suicide négy részre bomlott; első nap az öngyilkosság egyénre gyakorolt hatásairól, a másodikon a környezetre (főleg a családra, háztartásra), a harmadikban a segítőkre, kezdőkre, míg a negyediken a társadalomra gyakorolt hatásról szóltak az előadások. Mindennap volt egy felkért főelőadás, majd párhuzamos tematikus szekciók, ebédszünet után ismét ilyenek következtek, majd a délutánt kerekasztal-beszélgetés zárta. Különböző programokkal volt teli nemcsak az ebédszünet és az este, hanem még a kezdés előtti korai időszak is, nem ritkán a helyi szakemberek már 7.30-kor is ülést tartottak. Minden nagyobb programelemen kétnyelvű szinkron tolmácsolás folyt, igen ügyes tolmácsokkal (ez nem csoda, hiszen nagyon sok a teljesen bilingvis ember Quebecben).

Tartalmilag kevés új hangzott el az előadásokban, a résztvevők között is kevés volt az igazán ismert szakember, néhány amerikai, holland, német és francia híresség volt csak jelen, de az előadások jók és adatgazdagok voltak. Az első nap érdekessége volt egy tematikus szekció a katamnesztikus vizsgálatokról, a rövid, közép és hosszú távú követéses vizsgálatok (a dán Bille-Brahe és az amerikai Jerome Motto 5-10 éves követésről számolt be) megerősítették, hogy az öngyilkossági kísérletek után a veszélyeztetettség, az öngyilkossági halál valószínűsége sokkal nagyobb, mint az átlagnépességé, és ez mutatja, hogy az öndestruktív magatartás valamiképpen fenyegeti az egyént. Mint kitűnt, a kezelésben lévő öngyilkossági kísérletesek csoportjában halnak meg később öngyilkosságban a legtöbben, viszont ez annak tudható be, hogy

a súlyosabb esetek kerülnek kezelésbe, ellátásra, míg a kísérletesek egy csoportja, amely általában minden segítséget elutasít a kísérlet után, aránylag jó prognózisú. Más adatok is arra mutatnak, hogy az öngyilkossági kísérlet utáni ellátás, illetve gondozás hatékonysága nehezen igazolható, viszont az esetek egy része láthatóan kezelésre szorul.

A házastársra, illetve a családra az öngyilkosság hatalmas terhet ró, a megmaradtak mentálhigiénésen károsodottak, öngyilkosság szempontjából is veszélyeztetettek. Kanadában is és az Egyesült Államokban is egyre nagyobb figyelem fordul a hozzátartozókra, az amerikai zsargonban „survivors of suicide”-nek nevezik őket, egyre több az ún. survivor’s group, a kongresszus résztvevői között is többen elmondták felszólalásukkor, hogy ők „survivorok”, a kezelés, a nekik nyújtott segítség nemcsak a gyászreakció támogatásából áll, hanem abból is, hogy bevonják őket az öngyilkosság-megelőzésbe, illetve survivor önszorgító csoportokba. A SAM csoportjaiban is sok olyan ember tevékenykedett, aki családtagja elvesztése nyomán vált fogékonnyá a kérdés iránt.

A második kongresszusi napon sok érdekes beszámolót hallhattunk erről a kérdésről. A gyászreakciók szövődményes lefolyása esetén számos jó terápia, illetve segítő megoldásról kaphattunk tájékoztatást. A második napon volt szó az iskolai öngyilkosság-megelőző programokról, ugyanis e programokban a hangsúly éppen arra esik, hogy a gyerekek egymás baja, depressziója, öngyilkossági krízise iránt érzékenyebbé váljanak és maguk is segíteni tudjanak vagy mozgósíthassák a megfelelő segítséget. Számos érdekes programvariációt ismerhettünk meg, egyre terjed a kanadai iskolákban is az ilyen megelőző foglalkozás, amelynek hatékonysága (attitűd, ismeret, motiváció szintjén mérve) kimutatható.

A harmadik nap a segítők, gyógyítók szempontját képviselte, itt telefon-szolgálatokról, hálózatépítésről, a segítők képzéséről, segítési módszerekről, hatékonysági vizsgálatokról, a terapeuták saját gyászreakcióiról, kiegészítő veszélyeiről stb. volt szó. Itt igen érdekes kerekasztalvitát hallgathattam, amelyben a párizsi Soubrier, a Karolinska Intézetben dolgozó Danuta Wasserman és a belga Coysens vett részt, és amelyben érdekes vita alakult ki arról, hogyan dolgozza fel a terapeuta azt a traumát, amit betegének öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérlete jelent. A washingtoni Alan Berman egészen drámaian, szépirodalmi szinten vezette be e harmadik nap tematikáját, két esetbemutattással, amelyben arról volt szó, hogyan reagált a terapeuta betege elvesztésére, és hogyan próbált ebben segíteni neki a szupervízió. Külön tematikus egység

volt a börtönben és pszichiátriai osztályokon elkövetett öngyilkosság, itt sok előadás hangzott el.

A társadalomra gyakorolt kihatás – a negyedik napi téma – „keynote speaker”-e ugyancsak amerikai volt, Robert Kastenbaum, ő a halál problematikájának társadalmi elfojtását emelte ki és azt, hogy ennek az elfojtásnak a felszakítása révén hat sokkolóan az öngyilkosság a társadalomra. Holland szakemberek (Kerkhof és Dekstra) idősök öngyilkosságai esetében felvetették az eutanázia és az ún. „physician-assisted suicide” lehetőségét, racionalitását. Mint kiderült, az e téren nagyon liberálisnak tartott Hollandiában csak évi néhány száz olyan eset fordul elő, amelyben az aktív eutanázia valamilyen formája megvalósul, míg kb. ötvenezer olyan haláleset fordul elő évente, amelyben a gépi életben tartással kapcsolatos döntések és cselekvések is kísérik a halált. A szerzők igen óvatosan jártak körül a témát, általában az öngyilkossággal foglalkozók negatív álláspontot képviselnek e kérdésben, de a kongresszuson mintha óvatos nyitás lett volna megfigyelhető, még a záróelőadásban is, amelyet David J. Roy montreali bioetikai szakember tartott. Az előadások közül sok foglalkozott a halálhoz és az öngyilkossághoz való attitűddel különböző korcsoportok vagy társadalmi rétegek esetében, ezekből is kitűnt, hogy a közvélemény egy része nem elutasító. A negyedik napon voltak előadások a tömegkommunikációban megjelenő esetközlések, ábrázolások modellhatásairól, itt Armin Schmidtke mellett a pécsi Fekete Sándor is adott elő, egyik érdekes előadásuk a szépirodalom és az opera által közvetített modellviselkedésről szólt az ábrázolt öngyilkossági megnyilvánulásokon át.

A kongresszus alkalmával ülésezett az IASP elnöksége és közgyűlése. A jelenlegi elnökség, David Lester elnök és Gernot Sonneck főtitkár segítségével megpróbálta reformálni a társaság alapelveit, az öngyilkosság-megelőzés mellett a kutatók érdekeit is képviselni kívánja, továbbá, kissé a kongresszus szellemében is igyekszik enyhíteni az öngyilkosság emberi és társadalmi kihatásait. Ugyancsak óvatosan, de nyitni próbál az eutanázia öngyilkosság-analóg formái felé is, ezekkel a kérdésekkel is foglalkozni kíván. A reform jegyében módosítások készülnek az alapszabályokban és mindezek Montrealban most élénk vitákat váltottak ki. A társaság kevesebb mint 300 tagot számol, néhány nemzeti társaság tagsága bizonytalan értelmezésű, a fizető tagok száma 200 alatt van, és a kongresszusokon általában csak a tagok kisebb része jelenik meg, a résztvevők inkább a helyiekből tevődnek össze. A kongresszusok is általában kicsik, és csak nagyon magas részvételi díjjal és jelentős szponzortámogatás mellett rendezhetők meg. Ez indokolja az elnökség reformtörekvéseit.

A kongresszus egyébként emberileg és a szervezést illetően igen kellemes, érdekes volt. Összesen 41 országból voltak képviselők, általában mindenünnel egy-két ember. Több afrikai és ázsiai ország mellett volt lett, litván, román, szerb, szlovén, horvát és magyar résztvevő. Még a múlt év derekán megállapodtunk Brian Misharával, hogy a kongresszus segít a magyar részvételben, a magyarok pályázhattak előadásaikkal, és néhánynak elengedték a részvételi díját és szállást biztosítottak. Így négy magyar szakember volt kinn, összesen nyolc rövid előadást, illetve videódemonstrációt (Szabó Péter) tartottak. Én is a kongresszus vendége voltam, mint a Magyar Szuicidium Prevenció Társaság elnöke tárgyaltam az IASP vezetőivel egy következő kongresszus Budapesten történő megrendezéséről. Esetleg az 1999. évi kongresszusra lehet pályázni, de ezt már előzetesen odaigérték Kínának (a Kínai Népköztársaság is öngyilkosság-megelőzésbe, kutatásba kezdett), viszont mi rendezhetjük meg az európai empirikus kutatási konferenciát 1996-ban, ha a társaság vállalja, lehetséges, hogy tartsunk satellita konferenciát az 1995. évi velencei IASP kongresszus mellett, és a jövő évtől kezdve az IASP támogat bennünket, ha valamelyik évben regionális konferenciát akarunk szervezni.

A kongresszusi részvételért Dr. Brian Misharának vagyok hálás.

*

Öngyilkosság, betegség, szociális hátrány. Egy holisztikus megközelítés

XVIII. International IASP Congress (Venezia, 1995. június 4-8.)

Az IASP (International Association for Suicide Prevention) rendszeres, két-három évente sorra kerülő kongresszusainak egyikeként Velencében gyűltek össze az öngyilkosságkutatás és megelőzés szakemberei. A kongresszust az utóbbi néhány évben igen aktívvá vált olasz szuicidológiai társaság rendezte meg. E társaság központja Padovában van, itt az öngyilkosságkutatás a pszichiátriai klinika egyik fő profilja, és itt dolgozik a társaság két vezetője, a korábbi elnök, Luigi Pavan és a jelenlegi elnök, a kongresszus főrendezője, Diego De Leo. Valószínűleg Padova közelsége határozta meg a helyszínt és az időpontot is, a turistaszézon (és a biennálé) előtti időszakot és Velence új kongresszusi központját, a San Giorgio Maggiore sziget felújított kolostorában lévő Fondazione Giorgio Cini mint helyszínt. Az IASP kongresszusokon már hagyomány, hogy vannak fő témák, de ezekhez a rendezés nem ragaszkodik mereven, az előadások, poszterek minden lehetséges témát érintenek. A mostani cím, téma talán azt fejezi ki, hogy Olaszországban is,

mint általában a világon, az öngyilkossággal kutatás súlypontja a komorbiditási vizsgálatokra esik, a legnagyobb érdeklődés a pszichiátriai betegségek és az öngyilkosság viszonyát, a pszichiátriai osztályon történő öngyilkosságokat, illetve a szomatikus betegségekkel és a halmozottan hátrányos társadalmi helyzettel összefüggő öngyilkosságokat és öngyilkossági kísérleteket veszi körül.

A kongresszust a WHO is támogatta, a WHO 17 európai régióra kiterjedő ún. paraszucidium kutatását külön plenáris programban mutatták be, az európai mental health officer, Sampaio Faria vezetésével (főleg a dán, a finn és az olasz felmérések vezetői mutattak be aspektusokat, mint pl. egyes korcsoportok trendjei, egyes korrelációk, gyakorisági változások stb., a vizsgálatok összesített eredményeiből). A kongresszus szomorú aktualitása volt, hogy 1994-ben elhunyt Erwin Ringel, az IASP alapítója és örökös tiszteletbeli elnöke. Egy nagy plenáris program keretében munkatársai és tanítványai róla is megemlékeztek. Ezek az előadások érdekes színfoltjai voltak a kongresszusnak, áttekintették ugyanis Ringel elméleteinek hatását és értékelését a mai szuicidológiában (Gernot Sonneck, P. Cosyns és Danuta Wassermann tartott előadást – Sonneck Ringel legkedvesebb tanítványa és tanszéki utóda a bécsi orvosi pszichológiai intézetben –, továbbá a finn Lönqvist és R.F.W. Diekstra, aki a WHO genfi központjából éppen most hagyta el az öngyilkosság-megelőzés világméretű koordinálásának posztját egy holland feladat, az ifjúságvédelmi ügyek országos irányítása kedvéért). Ringel emlékére díjat (Ringel Award) is alapítottak, amelyet most adtak ki először, és amelyet a szuicidológia másik nagy alakjáról, Stengelről elnevezett díjjal együtt az IASP kongresszusokon fognak kiadni.

A kongresszus rendezésében sok akadályt kellett leküzdeni, az olasz szuicidológiai társaság annyira nem kapott támogatást a rendezéshez, hogy 1993-ban le akarták mondani a kongresszust, és az IASP vezetése minket kért fel a rendezés átvállalására. Ezt el is fogadtuk volna, azonban közben a WHO sietett az olaszok segítségére és valami helyi támogatás is érkezett. Végül azonban a rendezés igen sikeresnek bizonyult, a résztvevők számát kb. 600-ra becsültem, sok volt az új arc, főleg Amerikából és a skandináv országokból jöttek sokan, de képviseltették magukat a kelet-európai országok is. Az észt, lett, litván, szlovén és szerb részvétel megszokott az IASP kongresszusokon az utóbbi időkben, most azonban más FÁK országokból is érkeztek szakemberek, nagy volt a román részvétel (kb. 10 előadás és poszter mutatta be az öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet számadatait Románia különböző régióiból – ezeket az adatokat eddig nem volt szabad nyilvánosságra hozni, az

öngyilkosságkutatás csak a 90-es évektől indult meg), voltak bulgárok, törökök, szlovákok, csehek stb. Az orosz előadások és posztterek merész teoretizálásukkal tűntek fel, láthatóan a magyarázó elvek érdekelték az előadókat, a románok ezzel szemben főleg adatokat mutattak be. A kongresszus rendezése elengedte vagy mérsékelte a részvételi díjat a kelet-európaiaknak, viszont más szolgáltatást (étkezés, szállás) alig nyújtott.

Az előadások nagyobb része valóban a pszichiátriai betegségek és más komorbiditási tényezők szerepével foglalkozott az öngyilkosságokban. Több előadásból volt kiolvasható a trend, hogy az előzetes öngyilkossági kísérlet, a kémiai anyag abúzus, illetve az izoláció tényezője a komorbiditási faktoron belül is meghatározó jelentőségű az öngyilkossági halál kockázatában. Ellentmondásos a depresszió tényezője az öngyilkosságban, sok szakember vitatja a szakirodalomban már meggyökeresedett magas szuicidium-gyakoriságot, és e betegségben belül is más körülmények és összefüggések szerepére mutat rá.

Több előadás tárgyalta az öngyilkosságban közreműködő biológiai faktorokat, a neurohormonális szabályozás, az agressziókontroll zavarait. Igen érdekes előadások szóltak a nemzeti öngyilkosságellenes programokról. Több ország ambiciózus programba kezdett, a legelőrehaladottabb ezek közül a finn program, ahol szinte az egész társadalmat mozgósították, és minden szakembert és közéleti szereplőt kiképeztek az öngyilkosságveszély felismerésére és kezelésére. Érdekes programok indultak Nagy-Britanniában, Norvégiában, Ausztráliában is. Ugyanakkor az öngyilkosság-megelőzés hatékonyságát egyelőre nem sikerült egyértelműen bebizonyítani. Eddig még nem jött létre egyetlen program sem, amely kimutatható eredményeket ért volna el. Erre a körülményre mutatott rá Norman Sartorius, a WHO volt mentálhigiénés vezetője, jelenleg a World Psychiatric Association elnöke. Ő felhívta a figyelmet, hogy a hatékonyság tényezőjét jobban reflektorfénybe kell állítani ahhoz, hogy az öngyilkosságkutatás és megelőzés nagyobb társadalmi támogatást kapjon.

A kongresszuson több magyar is részt vett. Moksony Ferenc szociológus igen differenciált epidemiológiai elemzéssel mutatta ki, hogy a születési helynek valóban van szerepe az öngyilkosság gyakoriságban. Kóczán György orvostanhallgatók öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeiről mutatott be felmérést, Fekete Sándor pedig két vizsgálatban is szerepelt mint szerző, illetve előadó, egyik az öngyilkossági események tömegkommunikációs ábrázolásával kapcsolatos vizsgálat volt, mint ismeretes, az ilyen ábrázolások modellhatásként növelik a hasonló típusú öngyilkossági cselekmények gyakoriságát, bizonyítva az öngyilkosság ún. szuggesztív effektusát (Werther-effektus – erről

a kérdés legjobb szakemberei, Fekete Sándor társszerzői, Schmidtke és Schaller külön is tartottak érdekes áttekintő előadást), a másik a gyógyszeres, mérgezőes öngyilkosságok módszerválasztásával kapcsolatos pécsi felmérés volt. Magam a magyar öngyilkosság-gyakoriság csökkenésének izgalmas kérdését próbáltam értelmezni, a meglevő statisztikai adatok és vizsgálatok alapján kritikusan végigelve az összes lehetséges magyarázatot.

A kolostor szép környezetében, a már turistákkal teli Velence különös hangulatában nagyon érdekes, izgalmas volt a kongresszus. Aránylag csekély volt az olasz érdeklődés, de így is sok olasz pszichiáter és pszichológus jött el, a kongresszus előtt speciális továbbképző workshopok is voltak olasz szakemberek számára, voltak külön olasz nyelvű szekciók, szimpóziumok. A plenáris előadások szinkrontolmácsolás mellett folytak. Hozzá lehetett szólni az előadásokhoz, néhol érdekes viták alakultak ki. Az érdekes kongresszuson a főrendező, Diego De Leo tette lehetővé számomra a részvételt, a részvételi díj elengedésével és szállás biztosításával, amiért hálával tartozom.

Az öngyilkosság: biopszichoszociális megközelítések (Athén, 1996. május 16-19.)

Az athéni Divani Caravel hotelben sajátos nemzetközi konferencia zajlott, amely nem illeszkedik az öngyilkosság témakörében rendszeressé vált kongresszusok és konferenciák sorába. A görög hadsereg szervezte a konferenciát, a görög pszichiátriai társasággal és az athéni egyetem pszichiátriai klinikájával és kutatóközpontjával karöltve. A rendezés munkáját a görög katonaorvosok irányították, *Alexander J. Botsis* alezredes, a görög hadsereg főpszichiátere segítségével. De a rendezvény elnöke *Stefanis* professzor volt, a tudományos bizottságot *Soldatos* professzor vezette, és gyakorlatilag részt vett rajta minden ismert görög pszichiáter. Az előadások nagyobb részét azonban meghívott előadók tartották, ám mellettük sok kisebb előadás és poszter főleg görög szerzők munkáit mutatták be. Általában kitűnt, hogy az öngyilkosság iránt nagymértékben megnőtt a görög szakemberek érdeklődése. Ez nem annyira az öngyilkosság problémájának súlyossága miatt alakult így (bár az öngyilkossági kísérletek száma Görögországban régen is magas volt és most is az, viszont a halállal végződő öngyilkossági cselekmények arányszáma nagyon alacsony), sokkal inkább a görög elmeegészségügyi ellátás fejlődése hozhatta létre. Erre mutatott a nagyszámú hallgatóság is, több mint 500, főleg fiatal görög szakember vett részt a rendezvényen, és ők többnyire végig is ülték az előadásokat.«MDNM»

A konferenciát jól szervezték, a külföldi előadók útiköltségeit és tartózkodási költségeit a meghívók fizették, a külföldiek a Caravel hotelben laktak. A hotel az athéni Hilton közelében helyezkedik el, modern luxusszálló, méreteit nemcsak a több száz szobával és az egész tömböt betöltő, hatalmas épületkomplexummal lehet jellemezni, hanem azzal is, hogy a konferencia ideje alatt folyt egy másik hasonló konferencia is a házban (Pszichoanalízis és görög mitológia címmel), tartottak egy vállalati továbbképzést, és ott rendezték a vezető kormánypárt, a PASOK vezetőválasztó nagygyűlését, amely miatt az előtérben, a hotel „Lobby”-jában folyamatosan televíziós stábok várakoztak, illetve közvetítettek. Mindez nem okozott fennakadást.

A rendezvényen a görögországi gyógyszerképviseltek aktív módon jelen voltak és sokban hozzájárultak a konferencia – nyilvánvalóan nagy – költségeihez (350 német márkának megfelelő szobaárak, kb. 25 márkás reggeli stb.). A szimpóziumról közvetített a televízió is, és jelentőségét mutatja, hogy a görög hadügyminiszter nyitotta meg, és az egészségügyi miniszter zárta be.

Ezt talán néhány névvel is illusztrálni lehet: *Diekstra, Farberow, Goodwin, Leenaars, Lester, Lönnqvist, Lopez-Ibor, Mann, Maris, Salkovskis, Schaller, Schmidtke, Soubrier, van Praag, Wasserman* és még néhány ismert szereplő a nemzetközi szuicidológiai mezőnyből. Magyar részről *Ozsváth* professzor tartott még előadást. Minden szomszédos ország katonapszichiátereik közül is kapott egy-két szakember meghívást, így voltak albán, bolgár, román, szerb katonapszichiáterek is. A katonapszichiáteri rendezést mutatta, hogy egy délelőtti a hadseregben előforduló öngyilkossági megnyilvánulások tárgyalására fordítottak, itt szinte minden európai NATO-országból volt előadó (dán, norvég, angol, francia, német, olasz, görög, ciprusi katonapszichiáterek mellett előadtak amerikaiak is). E téren is igen aktívak voltak a görögök, mert ők minden fegyvernemük pszichiátriái szolgálatát képviseltették, és mint kitűnt, a görög hadseregben öngyilkosság-megelőzési program működik. Hasonló programokról más országokból is beszámoltak, és ennek következtében több országban megfigyelték a katonai öngyilkosságok csökkenését. A megelőző rendszabályok a közkatona és tisztek kiválasztásánál, a kockázati tényezőket viselő szelektálása vagy protektív védelme, a tisztek felkészítése öngyilkossági veszély felismerésére, a pszichológiai és pszichiátriái ellátás javítása, megfelelő egészségnevelés stb. faktorainak kombinációjából álltak. Néhány országban magas a katona öngyilkossági cselekményeinek arányszáma, pl. Nagy-Britanniában, Belgiumban, Norvégiában és mindezt különböző tényezőkonstellációkkal lehet magyarázni.

A biológiai tényezők, hajlamosító vagy vulnerabilitást fokozó körülmények közül a legtöbb előadó a szerotonerg rendszer zavarát emelte ki, amelynek következménye az impulzivitás és az agresszivitás kontrolljának gyengesége. Az 5-HIAA szintjének csökkenését a liquorban kockázati tényezőnek tekintik. *Van Praag* és mások szerint ez a biológiai vulnerabilitási tényező hozzájárulhat depresszió kialakulásához, de külön faktor a depresszióban is és szkizofréniában is az ilyen diagnózisú betegek öngyilkosságában. Több vizsgálat, görög vizsgálat is arra látszik mutatni, hogy különféle elváltozások a serotonerg-rendszerben első fokú rokonok között is nagyobb gyakoriságban mutathatók ki, mint kontrollok rokonain. Több előadó is idézte azokat az újabb vizsgálatokat, amelyek szerint az alkoholisták körében az impulzivitás, illetve az agresszió kontrolljának biológiai alapjai nagymértékben károsodnak. Vizsgálati adatok szerint a violens öngyilkosságokat elkövetők egyébként is sok agresszív megnyilvánulást mutattak. *Van Praag* szerint az 5-HT (5-hydroxytryptamin=serotonin) rendszeren belül az 1A alrendszer károsodott, ennek hatására a stressz által kiváltott cortizolszekréció szabályozási zavart okoz ebben az alrendszerben. *Lopez-Ibor* és mások egy sor neuroendokrin elváltozást már szinte prediktornak tekintenek a depresszió tünetei mellett. Az öngyilkosságveszélyes emberek neuroendokrinológiai adatai magas belső stresszszintet tükröznek, de kísérletileg kimutatható, hogy ez párosul a külső stresszre adott reakciók csökkenésével. *J. John Mann* hozta a legfrissebb adatokat, az ő kutatócsoportja a locus coeruleus elváltozását mutatta ki, a noradrenerg neuronok száma öngyilkosságot elkövetőkben csökkent. Nagyon sok vizsgálatról számoltak be az előadók, amelyek bizonyos paraméterek (köztük egyes speciális receptorok, PET-tel kimutatható aktivációs területek, neuroendokrin próbák [pl. phenfluramin által kiváltott prolaktinválasz] stb.) korrelációit mutatták az öngyilkossági veszéllyel, illetve a depresszió olyan súlyossági fokával, amely kockázati tényezőt jelent.

A depresszió szerepét az öngyilkossági veszélyben a biológiai szemléletű előadók szinte egyértelműen kiemelték, bár ezen belül az öngyilkosság szempontjából külön hangsúlyozták a speciális neuroendokrin elváltozásokat. 60-70%-ra tették a depresszió részvételét az öngyilkosságban. A finn *Lönnquist* a finn nemzeti öngyilkosság-megelőzési program keretében retrospektív vizsgálattal 66%-ra tette a depressziót, ezeknek felmérése szerint azonban mindössze 3%-a részesült adekvátnak mondható antidepresszív kezelésben, többségük észrevétlen maradt. Retrospektív vizsgálattal az öngyilkosok 93%-a kapott pszichiátriai diagnózist (itt meg kell jegyeznem, hogy a magam részé-

ról a retrospektív diagnózisok érvényében és jelentőségében még a közvetlen diagnózisok értékénél is jobban kételkedem—).

Mindezekről a közös étkezéseknél, a szünetekben, majd a konferencia után a külföldi résztvevőknek rendezett kellemes kirándulás során sokat beszélgettünk, vitatkoztunk. Kitűnt, a biopszichoszociális jelző főleg arra vonatkozik, hogy a biológiai tényezők kapjanak alapvető szerepet, míg a pszichoszociális tényezők főleg stresszekre, speciális érzékenységekre vagy hajlamosító konstellációkra szorítkoznak. Kb. ezt a filozófiát képviselte megnyitójában Stefanis és a rendező Botsis is. Botsis az Albert Einstein College-ben végzett, mestere, R. Plutchik többször is szerepelt a programon, de nem tudott Athénbe jönni, egy plenáris előadását videón küldte ki. Érdekes megemlíteni, hogy az athéni pszichiáterek és általában a görög katonapszichiáterek majd mindegyike, akivel csak beszéltem, éveket töltött külföldön, főleg az Egyesült Államokban, mind nagyon tájékozott volt, jól beszélt angolul. Az a tendencia tehát, amely a mi orvosegyetemünkön is nagy számban tanuló görög diák példáján megfigyelhető, vagyis a görög állam támogató viszonyulása a tanulás-hoz, továbbképzéshez, úgy látszik, általános, és azt most is tapasztalhattam (nem kis szomorúsággal gondolva a hazai viszonyokra), hogy a görögök számára ez jó befektetés.

Nem biológiai témakörökben is voltak érdekes előadások. *Danuta Wasserman* stockholmi professzornő az európai epidemiológiai adatokat áttekintve és a balti országok szakembereivel való együttműködés alapján rámutatott, hogy a három balti köztársaság, Oroszország és Belorusszia öngyilkossági arányszámai folyamatosan emelkednek, és most már meghaladják Magyarországét. A gyors emelkedésben ő is kiemelte az alkohol szerepét. Soldatos professzor arra hívta fel a figyelmet, hogy a krónikus, gyógyíthatatlan, rossz prognózisú betegek öngyilkossági veszélyeztetettsége nagy. Botsis és mások a pánikszindrómások öngyilkossági veszélyeztetettségét húzták alá, több vizsgálatban, igaz, viszonylag kisszámú esetre és nem teljesen megfelelő kontrollokra vonatkoztatva. Érdekes volt az a panel, amelyben az öngyilkossági veszélyt kimutató pszichodiagnosztikai módszerekről volt szó. Sok érdekes adat, tapasztalat gyűlt össze, de mint az öngyilkosság pszichológiájáról tartott plenáris előadásában *Farberow* rámutatott, a kutatási eredmények nem konkluzívak.

Maris professzor igen érdekes előadásban foglalta össze az öngyilkosság szociológiáját, sokban helyesbítve Durkheim elméleteit (pl. nagyobb szerepet adva a pszichológiai tényezőknek), és kiemelve a mintakövetés tényezőjét. Sajnos csak utalt saját vizsgálataira, amelyek amerikai nagyvállalatok manage-

mentjében előforduló öngyilkossági járványokkal foglalkoznak. Igen érdekes vita volt a paraszucidium kérdéséről, itt az előadók nagy elokvenciával többnyire megkerülték az egyenes választ. *Schmidtke* bemutatta a WHO európai multicentrikus vizsgálatát, amely inkább a jelenség különállását, nozológiai önállóságát igazolja. *Diekstra* nem mondta ki, csak sugallta, hogy az öngyilkossági kísérletek után a kb. harmincszoros veszélyeztetettségi növekedés az öngyilkossági halál szempontjából inkább a különállás ellen szól. Egyedül a francia *Soubrier*, az IASP jelenlegi elnöke mondta ki, hogy szerinte a fogalom haszontalan, több kára van, mint haszna, klinikailag elfogadhatatlan. Mann saját biológiai vizsgálatok alapján azt mutatta ki, hogy az öncsonkítók, önkárosítók külön alcsoportot jelentenek az öngyilkossági kísérleten belül, számos neuroendokrin elváltozás is más bennük, mint a szokványos kísérletekben és a befejezett öngyilkosságokban.

Diekstra már több más kongresszuson is előadott irodalmi áttekintése nyomán ismét „borzolta a kedélyeket”, kijelentvén, hogy az öngyilkosság-megelőző programoknak eddig nem sikerült bizonyítani a hatékonyságát. Vannak azonban valószínűleg jó megelőzési módszerek. További kutatásokat, illetve még komplexebb programokat sürgetett. *Schmidtke* összefoglalta a tömegkommunikációban, főleg a televízióban közölt öngyilkossági modellek induktív szerepét, főleg serdülők és fiatal felnőttek esetében bizonyított ez, a *Schmidtke* által összeállított adatok szerint az öngyilkosságot keltő hatás „dózisfüggő”, vagyis függ a műsor intenzitásától és a lejátszás mértékétől (az utánpótlást befolyásoló több más faktor mellett).

Schmidtke amerikai tapasztalatai alapján beszámolt arról, hogy az USA-ban programok indultak meg a híres emberek öngyilkosságai esetében az agresszív hatás, a modellhatás ellensúlyozására.

Sok érdekes előadás hangzott még el, *Salkovski* az öngyilkossági veszély kezelésének kognitív technikáiról szólt, egy görög előadó az antidepresszív szerek segítségével elkövetett öngyilkosságokat elemezte, illetve a szerek öngyilkos kísérletre történő felhasználásának megelőzésével foglalkozott. Egy panelben *Ozsváth* professzor a tőle megszokott eleganciával a viszonylag rövid időn belül is kitűnően foglalta össze a magyar öngyilkossági helyzetet, és mutatta be a Baranya megyei kutatások eredményeit.

Egy másik panel az öngyilkosság etikai kérdéseivel foglalkozott, ebben egy rövid előadásra én is kaptam felkérést, én a malignómákban szenvedők, illetve a gyógyíthatatlan betegek öngyilkossági késztetéseiről és (sokszor rejtett) öngyilkossági megnyilvánulásairól szóltam. A fő téma itt az eutanázia, illetve az ún. „asszisztált öngyilkosság” megengedhetősége volt. A jelenlévők

többsége azt hangsúlyozta, hogy nincs „racionális” öngyilkosság, Leenaarts szerint Freud maga is depressziós volt, amikor végül is a halálos adag morfint kérte lányától és kezelőorvosától. Lester viszont a személyes autonómiára hivatkozva az eutanázia gyakorlatát elfogadhatónak tartotta. Magam a holland gyakorlatról szerzett benyomásaim alapján arra hívtam fel a figyelmet, hogy a bejelentett eutanáziák jelentős része nem más, mint a passzív eutanázia bevalótt gyakorlata, illetve az a titkos tevékenység, amit a beteg kétségbeesett helyzete, kérése, illetve a hozzátartozók kérése alapján sok orvos mégis megtesz, amit Freud esetében is tettek, valami, egyébként elfogadható vagy elviselhető adagú gyógyszer vagy beavatkozás végrehajtása, ami azonban a beteg életét terminálja.

A magam részéről azt is hangsúlyoztam, hogy az eutanázia jelenségei összefüggenek az öngyilkossággal és valamilyen közös konceptuális keretben vizsgálándók. Mindez nem keltett különösebb visszhangot, a vita az eutanáziáról folytatódott.

Egy plenáris előadásra is kaptam meghívást (main presentation), ebben az öngyilkossággal kapcsolatos pszichodinamikus összefüggéseket tekinthettem át. A hangsúlyt itt főleg az új nárcizmuselméletekre helyeztem, eltekintettem a szokásos történeti visszatekintésektől. A legfontosabb magyarázó elvként kiemeltem Marsha M. Linehan elméletét, amelyre csak a szerző egyik könyve alapján találtam rá, de amely, mint kitűnt, világszerte nagy feltűnést keltett és sokan foglalkoznak vele (Wasserman is bevette Linehan módszerét öngyilkosság-megelőzési kísérleti programjába).

Még érdemes röviden szólni a sok görög poszterről és rövid előadásról, ezek többségét a parallel ülések miatt nem tekinthettem át, de az összefoglalások és a beszélgetések nyomán mégis meglepetést keltett, hogy a görögök ennyien és ilyen intenzíven foglalkoznak az öngyilkosság kérdéseivel. Sok pszichodinamikai és pszichoterápiás előadás volt, általában 30-40 eset és kontrollok alapján, sok érdekes gondolattal, megfigyeléssel és következtetéssel. A rövid előadások között meglepett a vajdasági szakemberek jelzése, amely szerint e területen a háborús feszültség jelentősen növelte az öngyilkosságok számát (érdekes módon most nem – az egyre csökkenő lélekszámú – magyarok, hanem a betelepült szerbek között).

A konferencia igen kellemes hangulatú, szívélyes légkörű volt. Nagyon jól éreztem magam. Nagy megtiszteltetés volt számomra, hogy a „nagyok” között kaptam a meghívást, plenáris főelőadást kaptam, plusz panelszereplést. Kvázi „népmesei” módon kerültem ki, személyes meghívásom Botsis dr-tól eredt, aki az elmúlt évben a velencei IASP kongresszuson meghallgatta az

előadásom, majd beszélgetni kezdtünk, megismerkedtünk. Emlékezett, mikkel foglalkozom, s ennek nyomán hívott meg, minden költség átvállalásával (és igen luxuriózus körülmények biztosításával). A dolog csak azért érdemel említést, mert a mai gyógyszergyári „utaztatások” nem ösztönzik a szakembereket a külföldi rendezvényeken való aktív részvételre, pedig csak az involváció, a sok személyes kapcsolat nyomán válik egy-egy rendezvény hasznossá. Egy beszélgetés egyébként ezen a kongresszuson is eredményezett egy következő athéni és hiraklioni (Kréta) meghívást, ez júliusban esedékes, és amikor hazaértem, ennek már faxon várt a hivatalos meghívója.

Hálával tartozom és köszönöm tehát Botsis dr-nak a meghívást, aki a velencei kongresszuson ugyancsak „részt vett”, és ezt a konferenciát igazán kitűnően és magas színvonalon szervezte.

Öngyilkosság-megelőzés az új évszázad küszöbén

20th Congress of the International Association for Suicide Prevention (Athén, 1999. november 6-10.)

A Nemzetközi Öngyilkosságprevenációs Társaság (IASP) Athénben rendezte a kétévente sorra kerülő kongresszusát, a WHO, WPA, a WFMH és a PTD közreműködésével. A kongresszust a Divani Palace Hotelben tartották. Szervezője Alexander J. Botsis, a görög hadsereg főpszichiátere, ismert öngyilkossággkutató volt. Botsis 1996-ban – ugyancsak a Divani Hotelben – már rendezett egy nagy, a jelenlegihez nagyon hasonló öngyilkossági konferenciát, amelyre szinte ugyanezeket az előadókat hívta meg, és hasonlóan integratív témát választott. A konferencia címe akkor „Suicide: Biopsychosocial Approaches” volt (ez a konferencia 1996. május 16-19. között zajlott, az erről szóló beszámoló a *Szenvedélybetegségek* 1996. IV. évf. 4. számában, a 306-308. oldalon jelent meg, a fő előadásokat kötetben adták közre: Botsis, Soldatos, Stefanis [szerk.] *Suicide: Biopsychosocial Approaches*, az erről szóló recenzió: *Szenvedélybetegségek*, 1999. VII. évf. 2, 149-150). A fő előadók között olyan nevek találhatók, mint van Praag, Farberow, Sartorius, Lopez-Ibor, Hawton, Goldney, De Leo, Mishara, Schmidtke, Wasserman és mások, és most is nagy hangsúlyt kapott az öngyilkosság biológiai (biokémiai, neuroanatómiai stb.) hajlamosító tényezőinek tárgyalása.

Az angol nyelvű kongresszus plenáris előadásait görög szinkrontolmacsolás kísérte, de számos görög nyelvű tematikus szimpózium is volt. A résztvevők nagyobb része görög volt, összesen 800 feletti résztvevő számmal, több

mint 50 országból jöttek össze. Kb. 2-300 ember volt általában egyszerre jelen, váltakozó összetétellel (a görögök nyilván munka mellett jártak, a külföldiek pedig turistáskodtak is a még elég barátságos időjárás mellett). A kongresszus jól szervezett és barátságos hangulatú volt, a hotel kongresszusi traktusa minden szempontból alkalmas ilyen rendezvényekre.

A program plenáris ülésekből, szimpóziumokból és szabad előadásokat bonyolító ülésekből állt, de minden nap voltak oktató szemináriumok. A megnyitó előtti napon pl. a szamaritánusok tartottak egész napos továbbképző konferenciát. A kongresszusi napokon olyan szemináriumok voltak, mint Robert Firestone kognitív módszerének (inner voice technika) bemutatása, ezt felesége, Liza Firestone végezte. A kongresszuson ülészttek a különböző nemzetközi szervezetek elnökségei vagy vezetőségei, volt ülése a *Crisis* című szaklap szerkesztőbizottságának, továbbá a WHO paraszucidiumot kutató munkacsoportjának is.

A bevezető ülésen a görög egészségügyi miniszter mellett a hadügyminiszter is beszélt, hitet téve a katonai szuicidium-megelőzés fontossága mellett (erről volt külön szimpózium is, de görög előadók több tematikus ülésen is szóltak ilyen munkáikról, illetve vizsgálataikról).

A WHO nevében Bertolote beszámolt arról, hogy a WHO új vezetője az öngyilkosság-megelőzést a fő programok szintjére emelte (SUPRE-program), és ebben a fő irány a major pszichiátriai betegségek, különösen a depresszió, továbbá a kémiai anyag-abúzusok korszerű, megelőzési szemléletű kezelése, a mérgező anyagok kontrollja, a lőfegyverekhez való hozzáférés visszaszorítása és az öngyilkosságról szóló médiakép befolyásolása (responsible media reporting). Az öngyilkosság trendjeinek várható erősödését jósolta, és emiatt a megelőzés erőfeszítéseinek fokozását igényelte Goldney (az IASP elnöke) és Norman Farberow.

Norman Sartorius a kelet-európai országok, főleg a szovjet utódállamok emelkedő öngyilkossági gyakoriságát elemezte, ebben kiemelte, hogy főleg a középkorú férfipopuláció rátái nőttek, úgy tűnik, az idős lakosság és a nők alkalmazkodása a stresszteli életviszonyokhoz jobb, illetve körükben kisebb az alkohol szuicidogén szerepe.

Igen érdekesek voltak azok a plenáris előadások, amelyek az öngyilkosság biológiai hajlamosító tényezőivel, illetve markereivel foglalkoztak. Továbbra is a szerotonin-anyagcsere, illetve a monoaminerg neurotranszmitterek zavarainak szerepét húzzák alá a vizsgálatok, de fontos új eredmények vannak a peptidek szerepével kapcsolatban, illetve a különböző transzmitterek receptorainak számával és működésével összefüggésben. Többen is hangsúlyozták,

hogy főleg az agresszió és az impulzivitás szabályozásának zavarai játszanak közre az öngyilkossági hajlamban, illetve veszélyeztetettségben. Minden megtalált biokémiai tényezőt ront az alkoholizmus. Mint több szakember kifejezte – pl. van Praag – az öngyilkosság biológiai kutatásában a depresszió ma kevesebb figyelmet kap, inkább azon belül az agressziószabályozás, illetve a borderline személyiségzavar, továbbá az alkoholizmus és a drogfüggőség kerül előtérbe. Az autoagressziót az agresszivitás sajátos altípusának tartják. Általában a súlyos és korai (fiatalkori) öngyilkossági kísérletekben is megtalálják a biokémiai markereket, és a követéses vizsgálatok szerint az ilyen kísérleteken átesett emberek között a későbbi szuicidális mortalitás nagy.

A plenáris előadók többsége a szakirodalomból ismert fő témájáról, kutatási területéről beszélt. Néhány ezek közül igen széles körű, jó áttekintést adott. Schmidtke pl. összefoglalta a tömegkommunikáció öngyilkosságkiváltó, utánzást serkentő hatásait, ezeket az újabb vizsgálatok is megerősítették. Új tendencia viszont, hogy a médiahatásokkal próbálnak megelőzési effektusokat is elérni. A brit Hawton a kongresszuson beszámolt arról, hogy a nálunk is népszerű „Vészhelyzet” egy adásában a paracetamol-mérgezés bemutatása brit fiatalok között hasonló öngyilkossági anyaghasználat hullámát váltotta ki. Varnik és Wasserman a gorbacsovi alkoholtilalom nyomán létrejött nagyarányú gyakorisági csökkenést vizsgálta az öngyilkosságokban a Szovjetunió összesített adataiban és az egyes tagköztársaságok viszonyaiban, és az alkohol központi szerepét emelte ki az öngyilkossági halálozásban.

Több plenáris előadás szólt a fiatalkori öngyilkosságról és a megelőzés lehetőségeiről, pl. különböző programok, köztük iskolai és tanácsadási programok révén. Sok szó esett a komorbiditási viszonyokról különböző szuicidális csoportokban, illetve a betegcsoportok öngyilkossági veszélyeztetettségéről. Érdekes beszámolók hangzottak el a szerbiai NATO-bombázások hatásáról az öngyilkossági gyakoriságra (újvidéki felmérések), az öngyilkossági telefonszolgálatok krízismegoldó hatásairól és ezek empirikus vizsgálatáról, továbbá ázsiai és afrikai országok sajátos öngyilkossági viszonyairól. Kínai, tajvani, indonéz, thaiföldi és más felmérések kerültek bemutatásra. Domináltak az előadásokban a kezelt, illetve hospitalizált betegcsoportokra vonatkozó vizsgálatok, illetve a kisebb skálájú felmérések (pl. programok evaluációs vizsgálatait). Több érdekes esettanulmány, illetve különleges öngyilkossági viselkedésforma bemutatása is elhangzott, illetve a posztterek egy része is ilyenre foglalkozott. A plenáris ülésen is, és szimpóziumokon is szóba került az öngyilkosságveszélyes állapotok pszichoterápiája, főleg a kognitív terápiák, illetve a határeset-szindrómás személyiségek analitikus típusú, de multimo-

dális terápiás rendszerei kaptak hangsúlyt (ez utóbbiról beszélt pl. Maltzberger). Érdekes szimpóziumon foglalták össze a WHO paraszucidiummal kapcsolatos kollaboratív kutatásának eredményeit, a 16 városban folyó, immár egy évtizede tartó kutatás adatai most kezdenek értelmezhetővé válni és pl. a prevencióban felhasználható körvonalakat nyerni.

A kongresszus viszonylag magas részvételi díja miatt csak kevesen voltak jelen az egykori szocialista országokból. Orosz és ukrán előadók mellett leginkább szerbek voltak, egy-két román előadás is elhangzott, Magyarországról Zonda Tamás dr. és Moksony Ferenc tartottak előadást, Osváth Péter dr. és Fekete Sándor dr. két poszterrel szerepeltek (orvostanhallgatók öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjei). Főleg amerikai és kanadai, illetve brit résztvevőkből állt a nem görög szakemberek kb. 200 fős csoportja.

A jó hangulatú, érdekes rendezvényen részvételemet Botsis külön meghívása, a részvételi díj elengedése és a költségek egy részének átvállalása tette lehetővé, ezért köszönettel tartozom neki és a kongresszus görög rendezőségének.

**Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium
8th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour
(Bled, Szlovénia, 2000. szeptember 6-9.)**

Kb. 300 szakember részvételével Bled kongresszusi központjában (Festivalna Dvorana) érdekes konferencia zajlott az öngyilkosságról. A témában kapcsolatot tartó sokféle (és egyre több) szakmai csoportosulás közül ez a rendezvénysorozat 1985-ben Münchenben kezdődött, szervezői akkor elégedetlenek voltak a nemzetközi IASP kongresszusok jellegével és színvonalával, és szigorúan tudományos, kutatói szemléletű rendezvénysorozatot akartak elindítani. Az első rendezvény nagyjából ilyen is lett, és annak előadásából színvonalas kötet született. A későbbiekben már sokféle más szempont is érvényesült. Ez a konferencia már az egyszerű résztvevők számára átláthatatlan szakmai erőterben szerveződött, magvát továbbra is a WHO/EURO ún. paraszucidium (öngyilkossági kísérlet) kutató nemzetközi hálózata adta, de részt vett benne több más, újabb csoport is (pl. egy nemzetközi „task force” az imitáció tényezőjéről az öngyilkosságban, amelyet Armin Schmidtke német kutató vezet, az említett hálózaton belül egy biológiai és genetikai tényezőket kutató csoport, egy International Academy of Suicide Research nevű szervezet stb., míg nem vett részt a görög A. Botsis körül kialakult nemzetközi kapcsolatrendszer, amelyben a témakör legjelentősebb amerikai kutatói tömörül-

nek, és nem képviseltette magát az IASP (International Association for Suicide Prevention) vezetősége sem, ebből egyedül Norman Farberow és Jerome A. Motto vett részt, mint meghívott plenáris előadó. A szlovéniai helyszín azt jelenti, hogy a fő rendező, Onja Grad ljubljanaei pszichológus az egyetemi pszichiátriai klinika keretében öngyilkossággal foglalkozó és megelőzési centrumot hozott létre, és hogy a hagyományosan magas öngyilkossági gyakoriságú ország (jelenleg kb. 32 az öngyilkossági ráta, ez csekély ingadozásokkal évtizedek óta ennyi, a jelenlegi magyar rátához hasonló, ez Szlovéniában kb. 640 halálesetet jelent évente) most megpróbál valamit tenni a megelőzés érdekében (főleg a helyi krízisintervenciók telefonszolgálatokat, ambulanciákat fejleszt). A konferenciához állami támogatást kaptak és csatasorba állt a gyógyszeripar is. Így neves előadókat tudtak meghívni, repülőjegyet és ellátást biztosítani nekik.

A konferencián szlovén szakember kevés volt, ez mutatja, hogy a kutatás ott még meglehetősen fejletlen. A magyarokon kívül csak litván és lett szakemberek voltak Kelet-Európából, egyébként a nyugat-európai országok képviseltették magukat, az említett átláthatatlan szakmapolitikai helyzet miatt sajátos arányban (pl. nem volt jelen a svédek közül Danuta Wasserman csoportja és a vele együttműködő észti központ gárdája, de a finnek közül sem volt ott Lönnqvist és sok más ismert kutató, viszont sok brit és izraeli szakember volt, és Keith Hawton munkatársi gárdája (ő Oxfordban vezet szuicidológiai kutatóintézetet, és nagy aktivitásával valószínűleg hozzájárult ahhoz, hogy a következő konferencia Oxfordban lesz), néhány amerikai és ausztrál mellett.

A konferenciára a biológiai jellegű előadások túlsúlya volt a jellemző, noha a rendezés a meghívásokkal tudatosan próbálta ezt az egyébként világszerte meglévő túlsúlyt ellensúlyozni. A plenáris előadók, a párhuzamos szekciók és szimpóziumok (illetve workshopok), de a poszterek között is nagyon sok olyan anyag volt, amely genetikai, neurotranszmissziós, illetve agyi szerkezeti folyamatok, illetve biológiaiilag meghatározott biopszichológiai változók szerepét kutatták, bár kis létszámú, de kontrollcsoportos vizsgálataikban mindig szignifikáns elváltozásokat találva. Így részben a nagy pszichiátriai kórképek bizonyultak kockázati tényezőknél, részben az agresszió és az impulzuskontroll zavara, az alkoholizmus, de több szakember talált a biológiai ciklusokkal, a szezonálitással kapcsolatos összefüggéseket az öngyilkossági viselkedés hátterében. Általában a súlyos és ismételt öngyilkossági kísérleteket súlyos veszélyeztetettségi tényezőnek tekintették.

Kockázati tényező tehát bőven volt (utalva a rendezvény címére), míg védő mechanizmusok alig tűntek elő. Maltzberger és mások a régi durkheimi

kritériumoknak megfelelő szociális integrációs tényezőket, illetve a személyiség érettségét, megküzdési mechanizmusait és különféle más szociális és lélektani „skill”-jeit tartották lényegesnek. Mivel a legtöbb nyugat-európai országban csökken az öngyilkossági arányszám, több előadó az erre adott magyarázat faktoraiban vélte megtalálni a protektív elemet. Dán szakemberek pl. a növekvő számú és aktivitású területi krízismegoldó központ és telefonszolgálat javára írják az öngyilkosság csökkenését, míg mások a depresszió jobb diagnózisának és adekvát kezelésének tulajdonítják. A konferencián ilyen workshopot tartott a svéd Isacson, W. Rutz munkatársa (aki egészségi okokból nem tudott eljönni), az ő határozott állítását (amelyben a megerősítő magyar adatokra gyakran hivatkozott) némi bizonytalansággal fogadták, nem kapott plenáris előadást, ebédidő alatt volt szimpóziuma a közeli Park szállóban). Úgy látszik, egyre erősödik a klasszikus pszichiátriai felfogás, amely az öngyilkosságot egyértelműen a depresszió számlájára írja, és 80-90%-ban ezt tekinti oknak (ezt képviselte pl. Erkki T. Isometsa finn szakember) és az eredményeket a megelőzésben a jó gyógyszerelésnek tulajdonítja. Több előadás szólt arról, hogy a korszerű antipszichotikumok csökkentik az öngyilkosság valószínűségét a kontrollcsoporthoz képest. Mueller-Oerlinghausen berlini pszichiáter (a városi lítium-klinika vezetője) szerint az antidepresszáns kezelés egyes esetekben csökkenti az öngyilkosság gyakoriságát a kontrollcsoporthoz képest, de megelőző hatása randomizált kísérletben nem bizonyított, ezzel szemben a lítium-profilaxis hatékony, ezt saját adataival igazolta. Sokat hivatkozott W. Felber drezdai adataira, amelyeket szintén megerősítőnek mondott (ám nem volt alkalmam megkérdezni, hogy akkor miért írta Felber a Suizidprophylaxe egyik 1999. évi számában [Zur Mortalität langjährig lithiumbehandelter Patienten mit affektiven Störungen, 16. évf. I. kötet, 1998, 34-38], hogy nem talált különbséget a kezelt esetek öngyilkosság-gyakorisága és a kezeletlen kontroll között+).

Általában tehát a konferencián kifejeződött az az erősödő trend, hogy a pszichiátria igyekszik „felvenni a kövedet” a nyugat-európai (és tegyük hozzá – a magyar) öngyilkosság-gyakoriság csökkentéséért. Ezért nem véletlen, hogy nagy érdeklődés fogadta Zonda Tamás előadását, amely bemutatta a „magyar Gotland” vizsgálatot, három budapesti kerület adatait, amelyben egy kerületben a gotlandi rendszernek megfelelően szisztematikusan képeztek a depresszió megfelelő diagnózisára és kezelésére, ám az öngyilkosság-gyakoriság ebben a kerületben sem csökkent, hanem, a két kontrollkerülethez hasonlóan, nőtt a vizsgálati periódusban. A hallgatók (sajnos, ez az előadás egy paralel szimpóziumban, tízperces időtartamra kapott helyet, míg a pszichiátri-

ai hipotézis képviselői általában plenáris előadók voltak) sürgették, hogy ezt a közleményt mielőbb publikálni lehetne, hiszen a Gotland-vizsgálatok és a hasonló cikkek sora gyengíti a prevenció erősítéseit (amelyek Dániában és Írországban ambiciózus nemzeti programokban készülnek megjelenni). Zonda meggyőzően érvelt, hogy a három budapesti kerület lélekszáma és szuicid esetszáma többszöröse a gotlandiének, mégis a kis számok megmagyarázhatatlan fluktuációkat mutatnak, ha a gyakorisági adatokat visszafelé áttekintjük.

Magam is kétségemet fejeztem ki a biológiai hipotézisekkel, és különösen az egyoldalú depresszióértelmezéssel szemben plenáris előadásomban, amely a közép- és kelet-európai öngyilkosságokról szólt. Magam is felkért előadó voltam, a konferencia szervezésekor a szervezőbizottság előbb a témát jelölte ki, majd keresett rá előadót, és én Fekete Sándor dr. javaslatára kaptam meg a felkérést, aki a bizottság tagja volt (ő több munkacsoportban együttműködik Onja Graddal, a konferencián az imitációval, az európai paraszuicidium vizsgálatokkal és más, saját témákkal a rendezvény egyik legtöbbet szereplő szakembere volt). Előadásomban meg kellett állapítanom, hogy a kelet-európai adatokban a nagy társadalmi változások és az öngyilkossági arányszámok alakulása között nincs értelmezhető összefüggés, eltekintve a gorbacsovi alkoholtilalom és a nyolcvanas évek végén egyes országokban a rendszerváltozás miatt (?) beálló átmeneti csökkenésektől. Inkább a pszichológiai hipotézisek erősíthetők meg (az öngyilkosság mint „final common pathway” a stresszterhelés és az elégtelen, illetve hibás „coping” következtében), itt bőven idéztem Kopp Mária és munkacsoportja adatait. Újabban a kelet-európai öngyilkossági helyzet magyarázatában egyre nagyobb rangot kapnak a kis csoportokon végzett biológiai kutatások (pl. a depresszióra utaló, epidemiológiai jellegű, de nem kutatásra, hanem statisztikai adatokra támaszkodó közlemények). Mint kitűnt, egy svéd kutató, a stockholmi Ilkka Henrik Mäkinen nagyszabású statisztikai elemzést készített a kelet-európai adatokról, és ő is hasonló eredményekhez jutott. Ő számos olyan adatbázist használt, amelyet én nem ismerhettem (pl. a WHO/EURO egyik recens kiadványát, amely egész Európa teljes adatrendszerét közli az utóbbi 20 év öngyilkosságairól).

A konferencián számos más érdekes előadás hangzott el. Norman Sartorius szellemes előadásban elemezte a nők alacsonyabb öngyilkossági gyakoriságának okait, és külön „női” kutatásokat sürgetett. Több munkacsoport számolt be a posztvenció, illetve az öngyilkosságok és kísérletek után a hozzátartozókkal folytatott feldolgozó munka jó hatásáról (ám itt is csak kontrollcsoportokkal szembeni és nem epidemiológiai eredményeket találtak). Sok előadó volt a telefonszolgálatok, illetve a szamaritánusok munkájáról, ezek álta-

lában a hatékonyság mellett próbáltak érvelni. Nagy téma volt a munkanélküliség, ezt általában kockázati faktornak találták (pl. egy szép vizsgálatban ezt mutatta ki a magyar helyzetet illetően Moksony Ferenc, a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem szociológusa, ismert öngyilkossággkutató). Számos kutatás erősítette meg az imitációs effektust, többek között Hawton plenáris előadása erről szólt, és Schmidtke közleménye a hosszú távú gyakoriságnövelő hatásra hívta fel a figyelmet. Az utánzás tényezője a benne rejlő megelőzési lehetőségek miatt nagyon érdekes, erre sokan utaltak. John Connolly, az ír nemzeti program vezetője megajándékozott egy külön kiadvánnyal, amelyet a média számára készítettek, és amellyel azt akarják elérni, hogy az öngyilkossággal foglalkozó hírek és műsorok minél kevésbé keltsenek imitációs hatást (ezt az anyagot a lap e számában kivonatos fordításban közöljük). Egy sor vizsgálat szólt különböző populációk, csoportok öngyilkossági viszonyairól (katonák, rendőrök, ápolónők, fiatalok, börtönlakók stb.), ezek között is sok érdekes információ volt.

A konferencia nagyon jól szervezett volt és jó hangulatban telt. Általában nem volt annyi ismerkedés, kapcsolódás, mint hasonló rendezvényeken szokott lenni, ennek talán az volt az oka, hogy éppen annyian voltak egy-egy országból, hogy ezzel mintegy egy kiscsoport képződött, amely azután együtt maradt. Így voltunk mi magyarok is, akik között Szántó Katalin is jelen volt, ő Pittsburghben dolgozik, és az ottani klinikán irányít egy komplex (de főleg pszichiátriai – diagnosztikus és gyógyszeres) megelőző programot idős betegek között. Néhány résztvevő azonban nagyon népszerű volt, és sok figyelmet vont magára, így a kis izraeli csoport, amely kevéssel maradt alul az oxfordiakkal szemben a következő konferencia megrendezési jogáért vívott versenyben.

A magam részéről köszönettel tartozom Onja Gradnak szíves meghívásáért és a nagyvonalú ellátásért. Köszönet illeti természetesen ajánlómat, Fekete Sándor dr-t is.

Talán érdemes megemlíteni, hogy a résztvevők nagyalakú programfüzetet kaptak, amely tartalmazta valamennyi absztraktot. Ez a füzet nagyon informatív, és megtalálható a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének könyvtárában, itt ugyanis hagyomány, hogy az intézet munkatársai leadják azokat az absztrakt-köteteket, amelyekben ők is szerepelnek. A kongresszusról sok szakanyagot hoztunk, számos recenziós példányt kértünk a megjelenő könyvekből, magyar nyelvű publikációs lehetőségeket ajánlottunk fel több előadónak (és erre ígéreteket is kaptunk), és a Szenvedélybetegségekben olvasható Oravecz Róbert dr. cikke az öngyilkossági búcsúlevelekről, ezt a témát ő ott elő is adta.

Könyvismertetések

RAINER WELZ, JÜRGEN MÖLLER (Hrsg.):
BESTANDSAUFNAHME DER SUIZIDFORSCHUNG.
EPIDEMIOLOGIE, PRÄVENTION UND THERAPIE (Beiträge zur
Erforschung Selbstdestruktiven Verhaltens. Bd. 1.)
1984. S. Roderer Verlag, Regensburg, 271 oldal.

Az utóbbi évek legjelentősebb tanulmánygyűjteménye jelent meg ebben a kötetben, az öngyilkossággal foglalkozó szakmunkák kiadására specializálódott Roderer Verlag új sorozatában, annak első köteteként. A tanulmányok az Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens második évi kongresszusának előadásai voltak. A könyv példászerű gyorsasággal jelent meg, ugyanis a kongresszus 1984 májusában volt, és még abban az évben megjelent a kötet. A tanulmányok tükrözik az öngyilkossággal kutatás iránti növekvő érdeklődést az NSZK-ban. Főleg mannheimi és müncheni kutatók igen aktívak, tevékenységük nyomán a német öngyilkossággal kutatás felzárkózott az európai élvonalhoz, melyet elsősorban Anglia képvisel. A jelentős vizsgálatok számának növekedése a külföldi figyelmét is magára vonta, a német kongresszusokon egyre több a külföldi résztvevő is. A kötetben is szerepelnek holland és angol tanulmányok is, az angolok között Norman Kreitman érdemel említést.

A tanulmányok három részre tagolódnak, az első rész epidemiológiai és módszertani írásokat tartalmaz, a második a terápia és a megelőzés tárgykörébe tartozókat, míg a harmadik címe: klinikum és személyiség.

Gyakorlati okokból a kötet ismertetését célszerű fordítottnan, hátulról kezdeni. A két utolsó részben ugyanis lényeges, új felismerést tükröző tanulmány nincs, ezek inkább az öngyilkosság kutatói számára lehetnek érdekesek, főleg intézetben ápolat vagy ambuláns ellátott öngyilkossági kísérletek nagyobb csoportjainak vizsgálatáról szólnak. E tanulmányok általában a szokott eredményeket mutatják, az öngyilkossági kísérlet, illetve öngyilkossági halál szempontjából, az esetek között sok a depressziós és a pszichiátriai kezelésben lévő stb. A katamnesztikus felmérések eredményei szórnak, de a nagyobb szuicidális halálozás általában megfigyelhető ezek tükrében. Állandó korreláció áll fenn a fokozott öngyilkossági veszélyeztetettség és az alkoholizmus, drogfüggőség között.

Egy izgalmas tanulmány érdemel külön említést. A. Kurz és munkatársai írása. Egy müncheni klinikán programot kezdtek az öngyilkossági kísérleteken átesettek ellátásának javítására. Különféle utógondozói programokat, ellátási módokat kezdtek, sikerült

is elérniük, hogy az esetek növekvő hányada igénybe vette a felkínált szolgáltatásokat. Katamnesztikus vizsgálatok során azonban kiderült, hogy a kezelt és utógondozott esetek között nem lett kevesebb az öngyilkossági kísérlet megismétlődése, mint a kontrollcsoportban, amelynek tagjaival nem foglalkoztak, sőt, a kezelt esetek között még valamivel több is volt az öngyilkossági kísérletek száma. A látszólagos sikertelenséget két körülmény világítja meg, a kezelésre, utógondozásra önként jelentkezők között a súlyosabb esetek választódtak ki, továbbá a kezelték őszintébben tájékoztatták a kutatókat az újabb öngyilkossági cselekményeikről. Wolfersdorf és munkacsoportja 249 olyan öngyilkossági esetet elemzett, multicentrikus adatszolgáltatás alapján, amely kórházi kezelés közben, pszichiátriai osztályon, illetve ideiglenes eltávozás alatt történt. Az esetek csak a betegség súlyosságával, illetve a diagnosztikai kategóriákkal korreláltak, a kórház és a személyzet sajátosságaival nem mutattak összefüggést. A kórházi ápolás keretében bekövetkezett öngyilkosságok ebben az anyagban csaknem egyenlően oszlottak meg férfiak és nők között, ez erősen eltér az öngyilkosságokban általában megfigyelhető férfi-nő aránytól (amely általában 1:3, 1:4).

Az igazi új tanulmányokat az első részben találhatjuk meg. Általánosságban azt lehet elmondani, hogy ezek a tanulmányok az öngyilkosságban közrejátszó mintahatásokat, szuggesztív effektusokat elemezték, illetve igazolták. Kreitman új adatok alapján érvel, hogy egy-egy országon vagy nagyobb szociokulturális egységen belül az emberek bizonyos öngyilkossági módszereket részesítenek előnybe, és ha ezeket a módszereket nem tudják használni, akkor az öngyilkosság gyakorisága az adott területen – legalábbis átmenetileg – csökken. A példa az angol öngyilkossági helyzet volt, ahol a szénázmérgezés volt a leggyakoribb öngyilkossági módszer hosszú időn át, és amikor a háztartási gázellátást földgázra állították át, az öngyilkossági halálozás csökkent. Mint a nemzetközi irodalomból már régóta ismert volt, Kreitman az angol öngyilkosságcsökkenés „gázelméleti” magyarázatának következetes képviselője. Az öngyilkosságban előforduló mintakövetést, utánozásos mechanizmust érdekesen húzza alá Stepien tanulmánya, amely tömeges, „járványszerű” öngyilkossági eseményekről számol be. Főleg a második világháború történetéből talált eddig nem ismert öngyilkossági epidémiákat, amelyek némelyike erősen hasonlított az ismert guayanai esethez. Welz és Häfner városai lakosságmintát mért fel, ebben azt próbálta kideríteni, hogy az öngyilkossági kísérleteken átesettek rokonságában és ismerősei körében gyakrabban fordult-e elő öngyilkosság vagy kísérlet, mint az öngyilkosságot meg nem kíséreltekében. Csak a családtagok és a rokonság között volt szignifikánsan nagyobb gyakoriság. Ezt persze lehet nemcsak a családi modellhatások, hanem a családban – esetleg örökletesen – halmozódó pszichiátriai megbetegedések nagyobb gyakorisága alapján is magyarázni, mint erre a szerzők is rámutatnak. A vizsgálathoz kínálkozik a megjegyzés, hogy az öngyilkosságban meghaltak valószínűleg, várhatóan ugyancsak gyakrabban találkozhattak öngyilkossági modellekkel a rokonságban és az ismerősök között, mint az átlagnépesség, ám ők a vizsgált populációból értelemszerűen kimaradtak. A másik fontos szempont az, hogy a modellhatás nyilván nem önmagában, hanem krízis, stressz-túlterhelés, megbetegedések idején hat, keresztmetszetileg nem ragadható meg jól. Lehetséges ugyanis, hogy a környezetben meglevő szuicidális modellek

az öngyilkossági kísérleten még át nem esettek között később fognak hatni. Az ún. „life-time” prevalencia összehasonlító vizsgálata lenne ezért célszerű.

Számos jó módszertani tanulmány is olvasható ebben a részben. Holland szerzők az öngyilkossági előrejelzésére alkalmas tényezőket próbálták megállapítani a szakirodalom tartalomelemzése segítségével. Lényeges új prediktorokat nem találtak, azonban az egész megközelítésmód módszertani problémáit igen jól feltárták. Izgalmas Schmidtké és Häfner tanulmánya, ebben a nyugatnémet öngyilkossági statisztika új, sokszempontú elemzését mutatják be, arra a kérdésre kerestek választ, hogy valós-e lassú, egyenletes emelkedés a német öngyilkossági gyakoriságban. Sikertült kimutatniuk, hogy a gyakoriságnövekedés valós, nincs benne statisztikai műtermék, érdemes tehát kutatni a növekedés szociokulturális, biológiai vagy egyéb okait.

Még több más tanulmányról is lehetne szólni, de ez túl nagy teret igényelne. A könyv az öngyilkossággal foglalkozók számára alapvető és ajánlatos olvasmány. Érdeklődéssel várjuk a sorozat következő kötetét is.

HANS-LUDWIG WEDLER:

DER SUIZIDPATIENT IN ALLGEMEINKRANKENHAUS.

Krisenintervention und psychosoziale Betreuung von Suizidpatienten

(Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 29.)

1984. Ferdinand Enke, Stuttgart, 203 oldal.

Az öngyilkosság kutatása napjainkban szinte forrásban van. Számos könyv jelenik meg évente a világnyelveken, és egyre-másra olvashatunk közleményeket színvonalas vizsgálatokról, megelőzési próbálkozásokról, új elméleti magyarázatokról. A fejlődést és az ígéretes perspektívákat jól mutatja ez a könyv, egy darmstadti belgyógyász munkája. Aki az öngyilkossággal foglalkozik vagy orvosi és pszichológiai problémái iránt érdeklődik, aligha találhat ennél a kötetnél izgalmasabb, lebilincselőbb olvasmányt az utóbbi évek szakirodalmában.

A szerző abból indul ki, hogy az öngyilkossági kísérletek igen gyakoriak, a belgyógyászati osztályok forgalmának 5-20%-át teszik ki, egyedül a Német Szövetségi Köztársaságban kb. 200-250 ezer esetre becsülik ezek számát (bár vannak, akik 350.000 esetet tételeznek fel). Ezek túlnyomó többségét csak belgyógyász látja. Az esetek nagy többségében csak szomatikus ellátás folyik, a detoxikáció után a pácienseket egyszerűen elengedik, jobb esetben szakellátásba irányítják. A tapasztalat bizonyítja, hogy a detoxikált beteget nagyon nehéz megfelelő pszichológiai ellátáshoz juttatni. Ha áll is ilyen rendelkezésre, a beteg motiváltsága kicsi az együttműködésre. A segítő beavatkozás helye a detoxikáló orvosi egység lenne. Sok helyütt pszichiáter konziliáriussal próbálkoznak, ez azonban nem válik be, egy pszichiáter képtelen megbirkózni egy osztály eseteivel. Jobb módszer, ha a detoxikáló egység keretében pszichiátriai team működik, de ilyen kevés helyen van, és ennek is nagyon sok nehézséget kell megoldá-

nia. Kézenfekvő lenne, a szomatikus ellátást nyújtó belgyógyászok, illetve a belgyógyászati osztály teamje végezze el az öngyilkossági kísérletek alapellátását.

A szerző a darmstadti belgyógyászati klinikán, egy 250 ágyas intézményben ezt próbálta megvalósítani. A könyvben először az öngyilkosság megelőzésének, az öngyilkossági kísérletek kezelésének és gondozásának módszereit és eredményeit tekinti át. Hatalmas irodalmi anyag alapján a szerző borúlátó konklúzióra jut. Sok ígéretes felismerés, jó elméleti modellek, érdekes próbálkozások után a szakirodalomból levonható következtetés az, hogy az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek növekvő gyakoriságát nem lehetett csökkenteni. Különösen megoldatlan az öngyilkossági kísérleteken átesettek kezelése és utógondozása. A szerző az öngyilkossági kísérleteket veszélyeztetettnek tartja a későbbi öngyilkosságok szempontjából, noha a kísérleteket „paraszuicidiumoknak” tekinti, tehát osztja Stengel és mások megkülönböztető elnevezését. Kiemeli, hogy az öngyilkossági kísérletekben a felhívó jelleg dominál, az öngyilkosság kapcsolati vagy személyiségfejlődési krízis dramatikus megoldási kísérlete.

A szerző az öngyilkossági kísérletek megértésére és befolyásolására a legjobb elméleti modellnek az ún. Palo Alto-i iskola kommunikációelméletét tartja. Elsősorban abban a formában, ahogyan ezt az elméletet 1967-ben Watzlawick, Beavin és Jackson összefoglalta (*Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*). A szerző szerint az öngyilkossági kísérlet lényege mindig metakommunikáció, ebben lényegében a mérvadó emberi viszonylat, illetve interperszonális helyzet „viszonykommentárja” (*Beziehungskommentar*) fejeződik ki. Az öngyilkossági kísérletet tevő e metakommunikáción át valójában öndefiníciót kíván adni, önmaga álláspontját akarja érvényesíteni a helyzetről. Ezt az álláspontot a kapcsolati partner hosszabb-rövidebb időn át nem fogadta el, ezzel a személyt magát értéktelenítette le, és így váltotta ki, hogy az öngyilkossági kísérlet félreismerhetetlen gesztusában tükröződjön az a fajta öndefiníció. Az öngyilkossági kísérletre nem lehet nem reagálni, illetve itt a partnerek reakciójának elmaradása is kommunikáció (a Palo Alto-i kommunikációelmélet alaptétele, hogy nem lehet nem kommunikálni, kommunikációs – emberközi – helyzetben a kommunikáció elmaradása is jelzés, jelentéshordozó aktus). Az öngyilkossági kísérletet tevőhöz általában nem lehet megfelelően közeledni, ha a gyógyító team is úgy tesz, mint az elutasító konfliktuspartner, nem fogadja el, nem veszi komolyan ezt az öndefiníciót. A detoxikáló orvosnak vagy személyzetnek tehát el kell fogadnia a beteg meghatározását helyzetéről, csak ennek elfogadása után tud továbblépni a pszichés feldolgozás, illetve az interperszonális rendezés terén.

A szerző ezért a belgyógyászati osztály valamennyi szakemberét képzés és továbbképzés útján megtanította a Rogers-féle empátias, nemdirektív exploráció módszerére, a beteg álláspontjának elfogadására, majd később pszichodinamikus feldolgozására, a problémák kommunikációs megoldására a hozzátartozók bevonása révén. A szerző szerint a képzés egyszerű kell legyen, az igazi képességnövekedés a továbbképzésben alakul ki, amikor az eleven esetek, megoldásra váró problémák elméleti értelmezése, megbeszélése folyik. A betegeket különféle csoportterápiákba is bevonják, a lényeg azonban az egyéni foglalkozás. A súlyosabb eseteket természetesen pszichiáterhez, pszichoterapeutához küldik, a súlyos önvesszély eseteiben pedig zártosztályi beutalás

is szóba jöhet. Az eseteket azonban a klinika maga igyekszik kezelni. Sok páciens nem vesznek, hanem a detoxikáció után ambulánsan látnak el. A detoxikáló után a kórházi ápolás a páciensek önkéntes vállalása alapján történik.

A szerző őszintén leírja, milyen állomásokon át, hogyan fejlődött ki ez a rendszer, milyen kudarcaik voltak, mik ennek az ellátási módnak a hibái. Az előnyöket azonban sokkal nagyobbban tartja. Kb. hat év alatt 3000 esetet láttak el. Ezek adatait a szerző és munkacsoportja feldolgozta. A klinikai ápolásra vonatkozó adatok, többek között kommunikációvizsgálatok mutatják, hogy a pácienseket sikerült megmozgatni, emberi kapcsolatokba vinni, változásra motiválni. Katamnesztikusan vizsgálva a kezelt betegcsoport minden szempontból jobb eredményeket mutatott, mint a kontrollcsoport, amely a leírt rezsim előtti időszakból származott (1971-es teljes öngyilkossági esetanyagot hasonlítottak össze az 1978-assal, úgy, hogy a katamnézis az öngyilkossági kísérletek után azonos idő múlva történt). Az 1971-es anyagból a katamnézis időpontjában 7-en haltak meg, az 1978-asból mindössze egy. A szerző maga is hangsúlyozza, hogy az adatokból a módszer fölényét nem lehet egyértelműen bizonyítani, de erősen valószínűsíthető. Éppen ezért ezt a szemléletet és ezt a modellt ajánlja az öngyilkossági kísérletek alapellátására.

A kitűnő könyvet csak üdvözölni lehet. A szerző modern és nagy irodalmat tekint át. Így is kimaradnak horizontjából a szociológiai és szociálpszichológiai vizsgálatok, és az amerikai forrásanyagot sem tudja teljesen feldolgozni. Így áll elő azután, hogy az öngyilkosság-megelőzési módszerek és próbálkozások hatékonyságáról rosszabb képet fest, mint az a modern irodalomból kiviláglik. Viszont az ajánlott modell nagyon figyelemreméltó. A modern kommunikációelmélet szemléletét az öngyilkosság problematikájára így még nem alkalmazták, mint ezt a könyv teszi, ez teljesen eredeti megközelítés (ez a szerző pszichológus munkatársának C. Kallenbergnek érdeme). Az öngyilkosságellátáson túlmutató jelentőségű, hogy a szomatikus ellátás szerves részévé teszi a szerző a pszichológiai ellátást is, és ehhez orvosainak módszereket, fejlődési lehetőségeket ad.

A rendkívül adatgazdag, világosan fogalmazott, sok ábrával és táblázattal illusztrált könyvet a magyar szakemberek legszélesebb körének ajánlhatjuk. Ennek segítségével az olvasó korszerű és tartalmas bevezetést kaphat a modern szuicidológiába.

M. G. WOLFERSDORF, R. WOHLT, G. HOLE (Hrsg):
DEPRESSIONS-STATIONEN. Erfahrungen, Probleme und Untersuchungsergebnisse bei der Behandlung stationärer depressiv Kranker
1985. S. Roderer Verlag, Regensburg, 261 old.

A weissenauai területi elmebetegek kórház 1985. január 18-án második alkalommal rendezett konferenciát a depressziós osztályokról. Az első ilyen konferenciát 1983-ban tartották, ennek anyaga 1984-ben jelent meg ugyancsak a Roderer Verlag kiadásában (ezt a kötetet az Orvosi Hetilapban ismertettük). A depressziós osztályok iránti érdeklődést

mutatja, hogy az első tanácskozás után ilyen rövid időn belül létrejött a második. Az igényt és a keresletet tükrözi, hogy a második munkaértekezletről hamar kiadták a könyvet is. A kis könyv meglepő módon sok új adatot és ismeretet tartalmaz, több korábbi vitás kérdés pedig letisztultnak látszik a benne közzétett előadások szerint. Pedig lényeges haladás ebben a rövid időszakban aligha volt várható a depressziós osztályok működése és a depressziós betegek kezelése terén.

A kötet előszavából kitűnik, hogy a két weissenai munkaértekezlet közötti időben is több depressziós osztály kezdte meg működését, ez az ellátási mód tehát terjedőben van Nyugat-Németországban. Egyértelművé vált, hogy a depressziós betegek külön szervezett kezelése hatékony. Míg korábban a depressziós osztályok inkább kísérleti helyek voltak, ma mindinkább szokványos ellátóhelyek. A depressziós osztályok továbbra is alkalmasak a kutatásokra, lehetséges újszerű és teljesebb dokumentációs rendszereket működtetni bennük, azonban az ellátási feladatok növekvőben vannak. Az ilyen osztályok szervezésében most törekednek annak a veszélynek elkerülésére, hogy az osztály ugyanolyan legyen, mint a pszichoterápiás osztályok. Ennek érdekében az idős és organikusan károsodott betegek kivételével minden depressziós beteget felvesznek, aki 65 éven aluli, és ezeket igyekeznek differenciáltan kezelni, nem engedik meg, hogy az osztály egyetlen pszichoterápiás módszer bázisán működjön. Fontosnak tartják a szomatikus, a pszichoterápiás és a szocioterápiás módszerek együttes alkalmazását. A depressziós osztályok követelményei az ott dolgozó szakemberekkel szemben általában magasabbak, mint a hagyományos osztályoké, ezért az ilyen osztályokon célszerű biztosítani a rendszeres továbbképzés feltételeit, továbbá a folyamatos – lehetőleg külső – szupervízió kereteit. Ugyanakkor a depressziósokkal való foglalkozás lelkiileg különösen megterhelő. Ebből sajátos, irritált, agresszív, túl kritikus teamléggör származik. Ezt a szupervízió során figyelembe kell venni, ebben is megmutatkozik, hogy a depressziós osztályok fundamentálisan mások, mint a pszichoterápiás osztályok. Különösen a sok öngyilkosságveszélyes beteggel foglalkozó osztályok munkájának lelki terhei nagyok. Nehezíti a helyzetet, hogy a depresszív osztályok mind több súlyos és krónikus depressziós esetet kapnak.

A vizsgálatokból kitűnt, hogy a jól dolgozó osztályokon a munkatársak önként vállalták a munkát, huzamosabb ideje dolgoznak együtt, van bennük nyitottság a szupervízióra és az önismeretfejlesztésre. Fontos, hogy minden betegnek legyen olyan kezelője, aki támaszt nyújt számára. Nem csupán terapeuta kell legyen ilyen, hanem – különösen a kezelés első időszakában – ápoló is. Az öngyilkosságveszélyt elsősorban a kezelők – Bezugsperson-ok – odafigyelésén és kapcsolatán át kell leküzdeni. Ha sok a zavart és menekülni akaró öngyilkosságveszélyes ember, inkább célszerű az osztályt időszakosan zárta tenni, mint a beteget áthelyezni zárt osztályra. A kezelés pszichológiai lényege: a személyzet hiteles kommunikációja, magasfokú empátiája, a fokozatos aktiváció (a megengedett regressziótól a megkívánt önállóságig és kezdeményezésekig), a depressziós problematika és tünettán célzott pszichoterápiás feldolgozása (itt analitikus módszerektől kognitív terápián át viselkedésterápiákig minden hatékony pszichoterápiás módszer alkalmazható).

A kötet előadásai bemutatják a depressziós osztályok felépítését, munkarendjét, programstruktúráját, kezdeti szervezési nehézségeit (kezdve térbeli nehézségektől személyzeti és igazgatási kérdésekig). A kötet legtöbb tanulmánya részletes adatokat közöl depressziós osztályok beteganyagának összetételéről, a kezelések eredményeiről, katamnesztikus vizsgálatokról stb. Ezekből kitűnik, hogy az ilyen osztályok beteganyaga valóban nagyon összetett, heterogén, ha a depresszió fajtáit, altípusait vesszük. Jelentős eredmény, hogy kognitív-viselkedésterápiás kezelés depressziós osztályon lehet ugyanolyan hatékony, mint a gyógyszeres kezelés (ezt Rötzer-Zimmer tanulmánya bizonyítja), míg a gyógyszer és a pszichoterápia együttes alkalmazása növelheti az eredményességet a gyógyításban. Ezek az adatok unipoláris depresszióra vonatkoznak. Ugyanez a tübingeni vizsgálat mutatja, hogy a távlati eredmények is jók a pszichoterápiás kezeléseket követően.

A könyv legfőbb értéke a sok konkrét vizsgálat, ami a depressziósokkal foglalkozók számára fontos lehet, mert mindegyik módszereket, osztályozási módokat, dokumentációs sémákat ajánl, különféle kezelésmódok hatékonyságát próbálja megmagyarázni. Ezek az adatok elengedhetetlenek a depressziós osztályok további fejlődésére. A haladás a kötetben szembetűnő, míg az előző munkaértekezleten még a módszerek elemeiről volt szó, már a huzamos, folyamatos munka körülményei és tapasztalatai állnak előtérben.

A könyv meggyőző argumentum mellett, hogy depressziós osztályok szervezése szükséges lépés a korszerű pszichiátriai ellátásban. Számos adat és megfigyelés szól amellett, hogy a depressziósok számára a hagyományos – általában többnyire még mindig zárt – „nagypszichiátriai” osztálystruktúra nem alkalmas kezelési hely, de nem jók a pszichoterápiás osztályok sem, ahol a depressziós betegek „kihullanak” azon a rostán, amelyen a neurotikus betegek fenntarthatók és kezelhetők (csoportmódszerek, terápiás rezsimek). Számos szakember véleménye az, hogy a magas öngyilkossági mortalitás és az öngyilkossági kísérletek nagy száma összefügg a depresszív állapotok elégtelen kezelésével. A depressziós osztályok tanulságai indirekt módon alátámasztják ezeket a nézeteket. Ebből viszont ismét érv származik az ilyen osztályok szükségessége mellett.

Az apróbetűs, de szép kiállítású, jól szerkesztett kis kötet bőséges anyagot ad az ilyenfajta töprengésekhez.

M. G. WOLFERSDORF, R. STRAUB, G. HOLE (Hrsg.):
DEPRESSIVE KRANKE IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK. Zur
Theorie und Praxis der Diagnostik und Therapie.
1984. S. Roderer Verlag, Regensburg, 433 oldal.

A depresszió ma minden tekintetben egyre inkább előtérbe kerül a pszichiátriában. Igen élénk az érdeklődés a depresszióban megfigyelhető rendellenes neurotranszmitter-mechanismusok és különféle más biológiai zavarok iránt, ezeket az antidepresszív gyógyszerek hatásmódjának jobb megismerése és az új antidepresszánsok fel-

fedezésének szándéka miatt kutatják igen intenzíven. Nő az érdeklődés azonban a terápia komplex módszerei iránt is. Már látható, hogy a depresszió gyógyszeres kezelése nem lép előre, hacsak új molekulák vagy új biológiai megközelítésmódok nem lépnek színre. A fejlődés tartaléka ma a pszichológiai és a szocioterápiás módszerek kombinációja a gyógyszeres kezeléssel. Ehhez nem csupán gyakorlati tapasztalatok adtak ösztönzést, hanem a depresszió lélektanának feltárása, különösen a depresszió ún. kognitív elméletének megjelenése is. A pszichológiai kutatások tisztázták, hogy nagyon erőteljes lélektani folyamatok működnek a depresszív személyiségben, amelyek fenntartják, sőt növelik a depressziót, amelyek a depresszív ember szinte minden élményét olyan módon transzformálják, hogy abból kétségbeesés, önértécsökkenés és reménytelenség fakad. Ezek a folyamatok pszichoterápiás eszközökkel hatékonyan gátolhatók, elég gyakran meg is fordíthatók. Különösen effektív a megfelelő gyógyszereléssel együtt alkalmazható pszichoterápia. A pszichoterápiás hatások főleg interperszonális rendszerek segítségével fejthetők ki, mint amilyen a terápiás csoport vagy gyógyító intézmény összehangoltan működő terápiás teamje. A kórházi kezelés nyújtja az ilyen hatások lehetőségét, ezek mellett a kórház még a beteg védelmét is biztosítja és a gyógyszeres kezelés intenzívebb formáit is lehetővé teszi, amelyek ambulánsan nem vihetők keresztül, vagy csak nagyon körülményesen (parenterális adagolás, infúziós gyógyszerelés stb.).

Mivel a depresszív betegek pszichológiai és szocioterápiás kezeléséhez sajátos módszerek szükségesek, amelyek másfajta betegek számára nem jók vagy feleslegesek, világsszerte terjed az önálló depressziós osztályok létesítése. Ezeken csak depressziós betegeket kezelnek és az egész terápiás rezsimit az ő lélektani szükségleteihez igazítják. Németországban a hetvenes évek végétől működnek ilyen osztályok (Wiessenauban, Reichenauban, Münchenben, Hamburgban és másutt). Az egyik legrégebbi a weissenai osztály, ennek vezetői e kötet szerzői, ők a depresszió kutatás ismert német szakemberei. Ők hívták össze intézetükben az értekezletet, amely részben a depressziósok kombinált, intézményes kezelésének tapasztalatait, részben a depresszió diagnosztikai kutatásainak eredményeit tárgyalta. Az értekezlet anyagát adja közre a kötet, a könyv második részét kitevő diagnosztikus fejezetek elsősorban a depresszió kutatóit érdekelhetik, a terápiával foglalkozó beszámolók viszont érdekesek, talán még a pszichiáterek körében is túlterjedő aktualitással bírnak.

A depressziós osztályok lényegében a betegek elfogadását és megterhelő igények, elvárások nélküli kezelését tűzik ki célul, ugyanakkor sok lehetőséget adnak a betegek aktivitására, ösztönzik őket a mozgásra, tevékenységre, igyekeznek segíteni őket abban, hogy apró sikerélményekhez jussanak. Az apró sikerek, eredmények alkalmasak arra, hogy a betegek önértékelését fokozzák, depresszív élményfeldolgozási módjaikat hatástalanítsák. Az elvárások nélküli elfogadás ellentétben van az aktivitással, az elmentét feloldását a különböző osztályok más és más stratégiákkal próbálják elérni. Weissenauban rugalmas napi- és hetirend érvényes, nagy hangsúly esik a fizikoterápiára, különösen a mozgás- és sportterápián, az ezt irányító szakemberek végzik az ösztönzés és a sikerélmény nyújtás kényes pszichológiai munkáját. Másutt a csoportterápiák vagy a munkaterápia van előtérben. Kielholz ismert depressziós részlegében pe-

dig előbb teljesen kiszolgálják a beteg regressziós igényeit, súlyos betegnek minősítik, mindenben kiszolgálják, teljesen fekvőbetegként kezelik, főleg infúziókkal és injekciókkal, és fokozatosan szabadják fel a betegszerep alól. Másutt az osztály teamje alaposan megterheli, megmozgatja a betegeket, a regresszióknak minimális teret enged, nem szívesen definiálja a pácienseket súlyos betegnek.

Ezeket a tapasztalatokat mondják el az előadások, különböző betegcsoportok felmérése alapján. A szerkesztők a bevezetőben is kiemelik, hogy ma még nincs itt az ideje az általánosításoknak, ma még a próbálkozások korát éljük, ezért a tanulságokat nem foglalják össze. Így is kikristályosodik az egyes előadásokból, hogy a depressziós osztályok beváltak, hatékonyak. Sokat lehetne írni az egyes előadások érdekességéről, de ez nem menne nagy terjedelem elfoglalása nélkül. Csupán egy tanulmányt emelek ki, inkább személyes érdeklődésből és némileg öngigazolásként. Néhány évvel ezelőtt én recenzáltam a G. Laux szerkesztésében megjelent „Antidepressive Infusionstherapie” című Thieme kötetet, itt az Orvosi Hetilapban. A kötetet nyilván sokan ismerik, hiszen különböző gyógyszergyárak nálunk is, külföldön is osztogatják a kongresszusok alkalmából. A recenzióban hiányoltam, hogy mindössze egyetlen megjegyzés hangzott el a szimpóziumon, amelynek anyagát a kötet tartalmazta, hogy az antidepresszív infúziós terápiában pszichológiai tényezőknek is lehet szerepük, nem csupán a bőven tárgyalt farmakológiai hatásoknak. A recenzióban fel is soroltam néhány hatásmechanizmust. Most elégtétellel olvasom a kötetben éppen G. Laux tanulmányát (Psychologische Aspekte der antidepressiven Infusionstherapie), amely most sorra veszi ezeket a mechanizmusokat, a teljesítménykényszer radikális kikapcsolását, a regresszió kiszolgálását, a hangsúlyozottan szomatikus betegségtudat felmentő, büntudatoldó befolyását, a hozzátartozók megváltozott viszonyulását a „nagyon súlyos beteghez” stb.

Bár az említett kötetben is Lauxtól származik a szóban forgó megjegyzés, el kell gondolkodni rajta, miért maradt ott teljesen háttérben a pszichológiai aspektus. Aligha hihető, hogy Laux az utóbbi néhány évben ismerte volna ezt fel (ennek maga a megjegyzése is ellentmond). Nyilván akkor gyógyszergyárak pénzelték a szimpóziumot, ők fizették a kötet kiadását is, ott egyszerűen nem volt helye a pszichológiának, ott az infúzióban adható Noveril, Ludiomil és más szerek tulajdonságairól kellett beszélni. Lauxnak „disszimulálnia” kellett azt a véleményét, amit a tudományában kifejt: Az infúziós kezelés pszichológiai tényezőinek legalább akkora súlya van, mint az infúzió biológiai hatótényezőinek, pl. a máj „kikerülhetőségének”, a nagyobb és egyenletesebb dózisnak vagy a „noncompliance” kikapcsolásának. Íme egy példa arra, hogy a gyógyszergyári érdek hogyan torzítja a pszichiátriai szemléletet. Az említett kötet valószínűleg minden pszichiáterhez eljut, terjeszti azt a gondolkodásmódot, hogy a pszichológia faktorai elhanyagolhatóak a szinapszisokat és az agyi struktúrákat közvetlenül befolyásoló farmakológiai hatásokhoz képest. Ezt a kötetet nem fogják ingyen osztogatni, ezt viszonylag kevesen fogják megvenni, hiszen nemrég indult, még talán nem túl nagy presztízsű kiadó viszonylag drága szakkönyve, így Laux korrekt és minden pszichiáter, sőt minden gyakorló orvos figyelmére méltó fejezete aligha fogja ellensúlyozni a reklámkiadvány biologizáló sugallatát. Nem jól van ez így, de hát semmit sem

lehet tenni ellene, az ellenvetés pusztába kiáltott szó marad. Pedig, ha jól meggondoljuk, gyógyszerári érdek is lenne, ha közismertté válna, hogy hatékony gyógyszeres kezelésmódok hatékony pszichológiai gyógyszerőket is mozgásba hoznak, csak fel kell használni őket, oda kell figyelni rájuk. Ez a körülmény bizonyos fokig az indikációs területet is növelné.

VOLKER PÖHLS:

KOGNITÍV-UTILITARISTISCHE SUIZIDHANDLUNGSTHEORIE.

Darstellung, abgeleitete Massnahmen, Anwendung und Konfrontation mit anderen Suizidhandlungstheorien.

1987, S. Roderer Verlag, Regensburg, 278 oldal

A Roderer Verlag kizárólag öngyilkossággal kapcsolatos kiadványokat ad közre, és ebben a minőségében valószínűleg egyedülálló a világon. Egyik sorozatának címe: Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens, ebben a sorozatban jelent meg Volker Pöhls kötete, amelynek címe és szokatlanul hosszú alcíme teljesen tükrözi a mondanivalót. A könyv két olyan elméletet próbál az öngyilkosságra vonatkoztatni, amelyek a mai társadalomtudományokban nagyon népszerűek és gyakran használatosak. Egyik elmélet, az utilitarizmus elmélete szerint a viselkedés mindig mérlegelési folyamat eredménye, amelynek során a cselekvő ember alternatívákat tekint át, és megpróbálja kiválasztani magának azt az alternatívát, ami számára a leghasznosabb, illetve a legkevesebb kárral jár. A kognitív elmélet viszont arra összpontosít, hogy a viselkedést információfeldolgozást végző tudatos struktúrák irányítják, a viselkedés kioldódása előtt mindig belső képalkotási, gondolati műveletek folynak. E két elmélet szerint a magatartás lényegében mindig racionális és mindig quasi gondolati előkészítésű. Még a látszólag leginkább irracionális helyzetekben is, mert ilyenkor is érvényesül valamiféle beszűkült, torz logika. Ilyenkor – meghatározott okok miatt – figyelmen kívül maradnak alternatívák vagy nem a legfejlettebb és legrelevánsabb kognitív szerkezetek lépnek működésbe.

A két teória ideális alkalmazási területének ígérkezik az egyik legirracionálisabb emberi megnyilvánulás, az öngyilkosság. A szerző nagy tudományelméleti felkészültséggel, a két alaptéória alapos ismeretében előbb áttekinti az öngyilkosság elméleteit, majd leírja a viselkedés kognitív-utilitárius modelljének szabályszerűségeit, ezután kidolgozza az öngyilkossági cselekmény kognitív-utilitárius elméleti képét. A szerző szerint az öngyilkosság mint esemény két elmélettel magyarázható csak, alapvető az öngyilkossági cselekvés elmélete, ennek kognitív-utilitárius értelmezéséről van szó a leírt elméletben, és csak kiegészítő szerepe van a másoknak, az ún. halálösségi elméletnek. Ez azt jelenti, hogy az öngyilkossági cselekményt a szerző szerint nem lehet az eredmény felől értelmezni, vagyis onnan, hogy meghal-e valaki, vagy nem, mert számos külső, esetleges körülmény is befolyásolja, hanem csakis a szándék felől, ugyanúgy, mint ahogyan a bírósági gyakorlat a gyilkosságot is mindig a szándék felől elem-

zi. Az eredményt részben az határozza meg, hogy mennyire adekvát ismeretanyag élt az öngyilkosban arról, hogyan tudja előidézni a halálát, mennyire halálos az alkalmazott módszer az adott feltételek között. Mint a gyakorlatban ismeretes, nagyon gyakoriak a hibás kogníciók az egyes önkárosítási módok halálosságát illetően.

A kognitív-utilitárius elmélet szerint az öngyilkossági tervhez pozitív és negatív alternatívák, várakozások kapcsolódnak, és attól függően, mennyi és milyen súlyú ilyen alternatíva van, és az öngyilkos ezeket hogyan mérlegeli, úgy következik be a döntés, és adott esetben az öngyilkossági cselekmény választása. A teóriából öngyilkosság-megelőzési tennivalók következnek, pl. döntési alternatívák kitágítása és alaposabb mérlegeltetése, a pozitív alternatívák megerősítése, a negatívak gyengítése. Pozitív alternatíva itt azt jelenti, hogy az adott krízishelyzetben milyen más, az élet megőrzését igénylő lehetőségek állnak az öngyilkosjelölt rendelkezésére. A negatív alternatívák arra vonatkoznak, hogy a helyzet reménytelen, megoldás nincs, a szituációból nem lehet kilépni csak öngyilkosság révén. A negatív alternatívák között szerepel a helyzet elviselhetetlenségének képzete is.

A kognitív-utilitárius elmélet alapján a főbb öngyilkosság-elméletek jól átértelmezhetők. Az erre vonatkozó fejtegetések töltik ki a kötet második részét. Különösen alkalmas az elméleti modell az imitációs öngyilkosságelméletek, illetve az öngyilkossági cselekményekben kimutatható utánzási események magyarázatára.

A kötet az öngyilkossággal kapcsolatos legmodernebb irodalmára támaszkodik, határozott előrelépést jelent az öngyilkossággal kapcsolatosban, a kérdés iránt érdeklődők számára feltétlenül ajánlható olvasmány. A szerző maga is rámutat arra, hogy az utóbbi években az öngyilkosságra a korábbiaknál is nagyobb kutatási figyelem fordul, az elmúlt években a problémáról megjelenő könyvek és közlemények száma megduplázódott.

Egyetlen hátránya van a könyvnek, különösen a magyar olvasó számára: stílusa nagyon nehézkes, túlteng a tudományos fogalomhasználat, érthetetlenül sok a lábjegyzet, szinte olyan a könyv, mintha régebben megírt vagy valamilyen speciális célra írt szöveget lábjegyzetekben kommentált volna a szerző. Ilyen szerkesztési mód leginkább ókori szövegkiadásokban használatos. Ezenkívül a szerző erősen törekedett a formalizálásra, sok a könyvben az ábra, a diagram, az algebrai modell. Érdekes azonban legyőzni ezeket a nehézségeket, mert – némileg leegyszerűsített, modellé csiszolt – elmélete gondolkodásra ingerel, érdeklődést kelt.

JIRI MODESTIN: SUIZID IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

Forum der Psychiatrie, Neue Folge, Bd. 29. 1987. F. Enke, Stuttgart, 257 o.

A szerző a berni pszichiátriai klinika munkatársa, azt a kérdést kívánta vizsgálni, mitől van az, hogy az utóbbi években meredeken nő a pszichiátriai osztályokon kezelt betegek öngyilkossága, és miért van az, hogy ma már a betegek öngyilkossági arányszáma messze nagyobb, mint az átlagnépességé. E kérdés tisztázására Bern két klinikájának beteganyagából 149 öngyilkossági esetet vizsgált a meglévő klinikai dokumentumok

alapján. Ugyanennyi kontrollesetet vizsgált, akik hasonló szocioökonómiai jellemzőkkel bírtak, hasonló diagnózissal kezelték őket, de nem lettek öngyilkosok. Az öngyilkos csoport egy hosszabb időszak valamennyi olyan öngyilkossági esetét magában foglalta, amelyben öngyilkosság történt a klinikán vagy az ápolás ideje alatt. A szerző az öngyilkos populációt a szakirodalmi adatokkal vetette össze, vagyis az öngyilkosokról általában leírt szabályszerűségekkel. Így lényegében kettős összehasonlítás történt.

Az irodalmi összehasonlítás érdekében a szerző hatalmas szakirodalmi adatot dolgozott fel, emiatt a kötet nagyon informatív és használható a legmodernebb közlemények nyomkövetésének céljára is. Maga a vizsgálat is érdekes, kitűnik belőle, hogy az ún. klinikai öngyilkosságban nem kiemelkedő az idők számaránya. Ebből a szerző azt a következtetést vonja le, hogy az időskori szuicidium nem morbogén, hanem pszichoszociális oki determinánsokat tükröz. Nagy a szkizofrénia diagnózist kapó betegek számaránya az öngyilkosságokban, de az öngyilkosságot megelőzően a legtöbb betegre a depresszív hangulati állapot a jellemző. Kb. a betegek egyharmada klinikai rosszabbodás idején öli meg magát, míg a többi javulás jeleit mutatja, és kb. a betegek fele eltávozás idején hal meg, csak egy kis rész szökik el a kórházakból. Az összes klinikai öngyilkosság 24%-a magas helyről való leugrás formájában következik be, 53%-ban önakasztásként. A pszichiátriai osztályon belül történő öngyilkosságok túlnyomó többsége önakasztásos. Érdekes adat, hogy a klinikán kezelt öngyilkosok mindössze 15%-a mutat veszélyjeleket és tűnik szuicidálisnak, a betegek nagyobb része a Ringel-féle preszuicidális szindróma jeleit sem mutatja. Elég típusos, hogy a betegek agresszívek, megközelíthetetlenek, emiatt az orvosok érzelmileg távol tartják magukat tőlük, nem foglalkoznak velük eleget. Gyakran a beteg családja is agresszív és eleve szemben áll az ápoló teammel. Az öngyilkosságveszély egyetlen statisztikai prediktora az anamnézisben előforduló öngyilkossági kísérlet, mégpedig az aránylag komoly kísérlet. Ez a kontrollbetegek esetében ritka. Más tekintetben az öngyilkos betegek nem különböznek a kontrolltól.

A szerző megpróbálja levonni a következtetéseket a pszichiátriai osztályokon elvégezhető öngyilkosság-megelőzési intézkedéseket, de e téren különösebb újat nem tud ajánlani.

A vizsgálat érdekes, de csak fenntartással fogadható el. A minta ugyan teljes, de így is kicsi. A betegek vonatkozó adatok feljegyzésekből származnak, várhatóan nem kielégítőek. A kontroll akkor lenne igazi, ha nemcsak illesztett lenne, hanem más halálok miatt meghaltakból is állna. Nem zárható ki a lehetőség, hogy a későbbiekben a kontrollcsoportban is bekövetkeznek öngyilkosságok. A könyv 99 rövid esetismertetést is közöl, de a hozzátartozókat a vizsgálat nem vonta be hatókörébe, így igazában pszichológiai adat kevés van.

Említésre érdemes még, hogy a klinikai öngyilkosok között kevés az alkoholistá. Sokkal kevesebb, mint az átlagnépességben. Nem tudjuk, valamilyen műtermék-e ez az adat, vagy valahogy értelmezhetők. Ugyanez a helyzet azzal az adattal, hogy a klinikai öngyilkosok között kevés a külföldi születésű beteg. Ezt csak úgy lehetne értelmez-

ni, ha tudnánk az adott területen élő külföldi születésűek számát, és tudnánk, hol is születtek (mert nem mindegy, hogy Spanyolországban vagy Magyarországon).

A könyv tehát informatív, gondolkodásra ösztönöz, elsősorban azonban öngyilkosságkutatással foglalkozók tudják használni.

ZONDA TAMÁS:

AZ ÖNGYILKOSSÁG KULTÚRTÖRTÉNETE (Rövid mentalitástörténet)

1991. Végeken Alapítvány, Budapest, 232 old.

Zonda Tamás könyve bizonyára már külsőre is feltűnést kelt (legalábbis abban a néhány könyvesboltban, amely vállalta a „Végeken Alapítvány” kiadásában megjelent írás terjesztését), mert Francesco Trevisani „Lucretia” című képe látható a fedőlapján. Ez a szép kép az öngyilkosság megkapó ábrázolása, egyike a Szépművészeti Múzeum kincseinek. De a könyv címe is meglepetést kelt. Sokan gondolhatják, lehet-e egyáltalán kultúrtörténete az öngyilkosságnak, nem valamiféle kóros, a kultúra szempontjából értelmetlen aktus az önpusztítás? A szerző is tulajdonképpen ezzel a kérdéssel bajlódik, de mint az öngyilkossággal gyakran találkozó szakember eleve tudja, hogy az öngyilkosság egyfajta kulturális intézmény a modern társadalomban, éppen ezért próbálta történeti források alapján megállapítani, hogyan is jött ez létre.

Előbb áttekinti az állatok önpusztításáról szóló híradásokat, majd az emberi östörténetet vizsgálja és rámutat, hogy állat nem öli meg magát, és az ősi kultúrákban sem vált annyira önállóvá az egyén, hogy sorsa felett dönteni próbáljon. Még az ókori nagy civilizációkban, Indiában, Egyiptomban is csak olyan öngyilkossági esetek fordultak elő, amelyeknek vallási, kultikus jelentőségük volt, valamiképpen a közösséget szolgálták. Igazában a görög-római világban jelentkezik a mai értelemben vett önkéző halál, az egyén szégyene elől akar menekülni vagy a rá váró halálos, kínos veszedelmet akarja elkerülni. Esetleg nem akarja vállalni az értelmetlen, igényeihez mérten elégtelen életet. Az individuáció, az egyén kollektívából való kiemelkedésének kezdetei mutatkoznak ebben a korszakban és ezzel kapcsolódik szervesen össze az öngyilkosság.

A kereszténység ugyan tiltást hoz az öngyilkossággal szemben, de a zsidó kultúra is magával hoz bizonyos öngyilkossági hagyományt, és már a kereszténység sem képes az egyént teljesen magába záró kultúrát teremteni, már a biblia bonyolult eszmerendszerében hely van az egyéni döntésnek, a történetek, példázatok nemcsak a zsidó mentalitást, hanem a hellenisztikus értékrendet is tükrözik és az egyén sokféle kudarca, megghiúsulása kapcsolódik önpusztító szándékkal és cselekvéssel. Mint a görög-római korszakban, a kereszténység idején is már figyelem, érdeklődés és emóciók tárgya az öngyilkosság, már vallási irányelvek, rendeletek, filozófiai értekezések foglalkoznak vele, már csak az antik emlékek és a bibliai példány vetületében is.

Lényegében a reneszánsz és a felvilágosodás idején válik az öngyilkosság gyakorivá, társadalmi eseménnyé. Ekkor már világosan kimutatható, hogy kulturális mintázata van, bizonyos élethelyzetek egyetlen lehetséges emberi „kiútja”, de kiténik, hogy az

emberi sors, a „human predicament” is megjelenik benne, a depresszió, az életuntság, a lehangoltság is sarkalhat a halál keresésére, nemcsak az elviselhetetlen szenvedés vagy a fenyegető kínos halál réme (amely öngyilkosságra bírta a proskripció áldozatait, Senecát, a bölcselőt, vagy török uralom alatt a selyemzsinór címzettjeit).

Az újkor vizsgálata során emeli ki a szerző, hogy kb. a múlt század elejéig jóformán nincs adat öngyilkossági kísérletre. Aki meg akarta ölni magát, az civilizációnk első két évezredében hatékonyan és zökkenőmentesen megtette ezt. Az öngyilkossági kísérlettel tehát valamiféle újfajta viselkedésforma kezdődött, a kultúrtörténet új fejezete nyílt, amelyet azután már a szerző sem követ tovább, hiszen még az 1800-as évek öngyilkossági statisztikáit bemutatja, és utal arra, hogy ekkor már megjelenik az önálló öngyilkossági kutatás.

Az öngyilkossági kísérlet ilyenfajta, aránylag késői megjelenése azért érdekes, mert komoly adalék egy modern szakirodalmi vitához, amely arról szól, hogy az öngyilkossági kísérlet valóban csak kísérlet-e, amely nem sikerült, vagy valami más. Sok szakember szerint elsődlegesen más, egyfajta sajátos kommunikáció, kétségbeesett mozgósítási próbálkozás, torz konfliktusmegoldás, szemben az élet eldobásának komor elszánásával, amely ma is könyörtelenül lebonyolódik.

A szerző már nem bocsátkozik bele ebbe a vitába sem, összegzése nagyon józan, a depresszió oki tényezőjének említésén kívül tartalmaz halvány kételyt a szociológiai magyarázatok iránt, amelyek Durkheim óta ismertek és szélteben elfogadottak lettek, és főleg arra szorítkozik, hogy aláhúzza a levonható következtetést, az öngyilkosság elsősorban a kultúrán át társadalmilag meghatározott, hiszen a minták, a hagyomány tiltó vagy ösztönző ereje nyilvánul meg benne, illetve az egyén társadalmi helyének és egyediségének meghatározottsága.

A könyv érdekes olvasmány, hiszen a szerző bőven idéz a forrásmunkából, közhírhetően és érdekesen ír le mindent, és még egy sor képzőművészeti alkotás reprodukcióját is közreadja, amelyek az öngyilkosság egykori ábrázolásait mutatják. Számos érdekes kitérő, rövid fejezet is van a könyvben, amely talán a lektoráláshoz szokott szem számára nem is helyénvaló, mint pl. a középkori mohamedán társadalmak öngyilkosságairól, vagy az újkori Japán öngyilkossági viselkedésmintáiról szóló kis fejezetek, de a tartalom színességét és olvasmányosságát ezek is növelik.

Egészében az olvasó nem lesz sokkal okosabb az öngyilkosság lényegi rejtelmait illetően, nem kap igazi választ az emberi önpusztítás kérdésére, de erről sokkal tájékozottabban és megalapozottabban gondolkodhat, és aki ezt a könyvet elolvassa, az valószínűleg elkötelezetté is válik a továbbiakban a téma iránt. Szükség van arra, hogy minél többen minél többet tudjanak az öngyilkosságról, olyanok, akik nem szakemberként kénytelenek szembenézni vele, mert az öngyilkosságot meg kell fosztani misztikumától, tárgyilagosan vizsgálni kell, tudati kategóriákkal kell körülvenni, annál kisebb a valószínűsége, hogy baj, krízis, veszteség esetén alattomosan ránk törjön.

Mint tudjuk, Magyarországon nagyon sok az öngyilkosság, a statisztikák szerint a legnagyobb gyakoriságú a világon. Itt tehát pusztít ez a rém, és nálunk az eltávolító tárgyiasságnak talán még nagyobb a fontossága, mint másutt, és éppen ezért bátor, hasz-

nos cselekedet volt a költő-elmegyógyász Zonda Tamás fáradozása, hogy sok év munkájával megalkossa az öngyilkosságról készült első magyar kultúrtörténeti áttekintést.

DIEGO DE LEO (ed.):
SUICIDE AND EUTHANASIA IN OLDER ADULTS. A
TRANSCULTURAL JOURNEY
2001. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle, Toronto, Bern, Göttingen, 216
old. ISBN 0-88937-251-9

A kötet a Crisis című nemzetközi szuicidológiai folyóirat kérésére érkezett, mint a lap könyvismertetéseket szerkesztő munkatársának, de ezt az alkalmat most felhasználjuk a magyar recenzióra is; ugyanis a kötet több szempontból is jelentős, és határozottan előrelépést jelent az öngyilkosság irodalmában. A kötet szerkesztője jelenleg Brisbane-ben dolgozik, itt az Australian Institute for Suicide Research and Prevention vezetője, és az ottani Griffith University tanára. (Korábban a Padovai Egyetemen tanított, és ott vált a nemzetközi szuicidológia egyik neves személyiségévé.) De Leo fő kutatási témája mindig is az időskori öngyilkosság volt. E két körülmény azért említendő, mert ebből nyilvánvaló, hogy témáját átvitte Ausztráliába is, és ezért van a kötetben több tanulmány is ausztrál kutatásokról. A kötet előszavaiban (egyet J.M. Bertolote, a WHO öngyilkossággal foglalkozó programokat koordináló magasrangú alkalmazottja írt) nem kerül említésre, de a 15 tanulmány valószínűleg valamely nemzetközi konferenciából alakulhatott ki. Erre mutat, hogy az ismerten gondos szerkesztőnek nem sikerült teljesen egységesíteni a tanulmányokat, ezek absztrakciós szintben (és ennek nyomán terjedelemben) is eltérnek egymástól, és szerkezetükben is. Minden fejezetet azonban ismert szuicidológus írt, és mindegyikben széles szakirodalmi merítés tapasztalható, és a tanulmányok nagy része igen jól dolgozza fel a témáját.

A könyv fő értékét abban látom, hogy a nemzetközi szuicidológia fő áramlata, a kiemelkedő szakemberek csoportja most először próbál nyíltan szembenézni azzal a ténnyel, hogy az eutanázia minden formája, de különösen a mostanában terjedő ún. assisted suicide lényegében az öngyilkosság egy változata, és ebben a kontextusban kell vizsgálni. A téma kényes, a legtöbb országban azért, mert a törvények egyértelműen tiltják (miközben előfordulásáról, rejtett lebonyolódásáról mind több adat van), másutt pedig erősen vitatják. Így történt ez Ausztráliában is, ahol az egyik állam, a Northern Territory elfogadta az eutanáziát, ám a heves viták nyomán ezt a szövetségi törvényhozás felülbírált, és 9 hónapos legitimitás után az előrehozott halál ismét törvénytelen lett. A 9 hónap alatt négy egyértelmű eutanázia eset történt, ezekből hármat a sajtó erősen vitatott. E kérdésről, és ennek nyomán a 9 hónap tapasztalatairól a kötetben külön fejezet szól. Egy másik fejezet, ausztrál szerzők tollából a család szerepét vizsgálja az eutanáziával kapcsolatos döntésekben, ám ezeket a kérdéseket inkább a klinikai lélektan elméletei alapján járja körül, és a döntési bizonytalanságokra és veszélyeire hívja fel a figyelmet. A fejezetekből látható, hogy az ausztrál társadalomban

a tiltás és az elutasítás kerekedett felül. Erre mutat az is, hogy az eutanázia témájáról ugyan több fejezet szól, de az egyetlen országból, ahol az eutanázia és az orvosi segítséggel folyó öngyilkosság viszonylag kiterjedt gyakorlat, Hollandiából csak a kötet végén található egyetlen írás, egy epidemiológiai vizsgálat. A hágai tapasztalatok arra mutatnak, hogy az eutanázia megengedése óta csökken az öngyilkosságok száma, viszont az eutanáziával és az asszisztált öngyilkossággal együtt az élet saját elhatározásból történő terminálása összességében növekvő önpusztítási arányszámokat eredményez. Közben a holland szakemberek kiterjedten foglalkoznak a kérdéskörrel, és a kötetbe érdemes lett volna felvenni olyan tanulmányt, amely ezeket áttekinti. Valószínűleg ez is a szerkesztő óvakodására, ill. a téma kényességére mutat.

A kötet tanulmányai általában azt fejezik ki, hogy a civilizált ipari országokban vagy régiókban növekszik az érdeklődés és az igény az eutanázia iránt, és a kérdés a nyilvános közbeszédet foglalkoztatja.

A kötet másik érdekessége, hogy az időskori öngyilkosságok helyzetét és változásait először tekinti át kiadvány ilyen célzattal, nem csupán új statisztikai adatok, hanem új kutatások alapján is, és figyelembe véve a megelőzés lehetőségeit és gyakorlati próbálkozásait is. Nyilvánvalóan ez inspirálhatta a könyv szerkesztőjét a publikációra is. Több országban csökkent az időskori öngyilkosok száma, míg több más országban nőtt. A csökkenés az előzetes várakozásokkal ellentétes, hiszen az időskori lakosságra vonatkozó kockázati tényezők növekedése várható, párhuzamosan a növekvő élettartammal. A magyarázatok több érdekes hipotézist is felrajzolnak, pl. a súlyos krónikus betegségek egyfajta attríciót, a szuicidális készletet „kiégését” (a burnout kifejezést használják itt, ebben a speciális értelemben) jelentenek, ill. az idősek családi szerepének előnyös változásait tartják oknak, ez különösen az idős nők számos országban csökkenő öngyilkossági arányszámaira vonatkoztatható. Több szerző idézi Kerkhof és munkatársai tanulmányát, amely dán időskori öngyilkosságok vizsgálatában azt találta, hogy az öngyilkos csoportban nem volt több betegség, gond és probléma, beleértve a depressziót is, mint a nem öngyilkos kontrollcsoportban, viszont az öngyilkosok autonómiaigénye sokkal erősebb volt. E vizsgálat szerint az öngyilkosok az idős korral járó autonómiakorlátozó problémákat, és különösen ezek távlati kivetítéseit kevésbé tudják elviselni, vagyis nem az objektív problémák, hanem azok szubjektív átélése és értékelése lenne a lényeges tényező. Watanabe japán vizsgálatai (az erről szóló fejezet a kötet egyik legérdekesebb része) is arra mutatnak, hogy az időskori öngyilkos japánok igényessége nagyobb életminőségükkel, függetlenségükkel és környezetükkel szemben.

A kötet egyébként Davis Lester jól sikerült áttekintésével kezdődik, ő főleg az időskori életproblémákra összpontosít, és megállapítja, hogy ezek nem fő determinánsnak, hanem életkori stresszformáknak látszanak, és az időskori és fiatalkori öngyilkossági folyamat lényegében azonos, csak a tipikus megterhelések, problémák mások. Ugyanakkor Lester kiemeli, hogy az életkorspecifikus szuicidológiai kutatás kevés. De Leo és több más szerző a WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide adatait foglalja össze (elég nagy terjedelemben, kissé részletezően). Ebből érdekes megállapítás, hogy az idősek öngyilkossági kísérletei a kutatás időtartama alatt nem változtak gyakorisá-

gukat illetően, miközben az európai régióban az idősök öngyilkossági arányszáma csökkent. Az időskori lakosságban a paraszucidum és az öngyilkosság között a korreláció fordított.

Wasserman és Rinkskog fejezete a svéd viszonyokról szól, ebben kitérnek a depresszió és az antidepresszáns kezelésre, és idézik Waern és Beskow tanulmányát (1996-ból, *British Medical Journal*), amely szerint a svéd öngyilkosok általában nagy dózisú antidepresszáns kezelésben részesülnek. A szerzők véleménye szerint a depresszió elleni gyógyszeres kezelés önmagában nem alkalmas az öngyilkosság megelőzésére. A svéd tanulmányból is érzékelhető a kényelmetlenség a témával kapcsolatosan, hiszen a szakmai köztudatban a „felturbózott” Gotland vizsgálat híre él, ezzel kapcsolatosan nyilvánvalóan hasonlóan ambivalens és kényelmetlen a szakmai vita, mint az eutanáziáról Ausztráliában.

A kötetben fejezetek szólnak még a dán, a svájci, a szlovén, a török és a hongkongi időskori öngyilkosságról. Ezek közül a szlovén nagyon részletes és részletező, esettanulmányokra is kiterjed, és bemutatja az eutanáziával kapcsolatos törvénykezést is, míg a török tanulmány azért érdekes, mert az öngyilkosság-kutatás terjedő szakmai kultúráját mutatja, olyan országban, amelynek öngyilkossági arányszáma nagyon alacsony, néhány százzezrelék, és az időskori (65 éves kor felett) összesen 47 volt 1994-ben, és ingadozásokkal, de emelkedő trendben jutott el 139 esetig.

Watanabe említett tanulmánya azért érdekes, mert két japán területet hasonlított össze, egy magas és egy alacsony időskori öngyilkossági gyakoriságút, és nemcsak öngyilkossági eseteket elemzett lélektani boncolás módszerével, hanem kiskorú populációt is kikerdeztet. A tanulmány a kötet legnagyobb fejezete, és ez sok érdekes részletet tartalmaz (pl. az ún. Morita terápia alkalmazási lehetőségéről is szól az öngyilkosság megelőzésben), noha az adatokból kevés egyértelmű konklúzió vonható le, kivéve az öngyilkosságot elkövető idősök nagyobb autonómiaigényét, ill. a magas öngyilkosság-gyakorisági terület nagyobb individuációs kultúráját.

Az ausztrál helyzetről is írt fejezetet a szerkesztő és munkacsoportja, itt az időskori öngyilkosságot fiatalkori csoporttal hasonlították össze, főleg a pszichiátriai betegségek gyakoriságát ill. a fő életproblémákat illetően. (Azt találták, hogy a fiatal korcsoportban a pszichózis ill. az alkohol vagy a drogabúzus számottevően gyakoribb kísérő körülmény.)

A kötetről sok más érdekességet lehetne elmondani, talán azt célszerű megemlíteni, hogy igyekszik ragaszkodni a klasszikus szuicidológiai hagyományhoz, és láthatóan „komplexusosan” nem foglalkozik a napjainkban egyre inkább előtérbe kerülő biológiai és pszichiátriai megközelítésmóddal, amely hovatovább uralkodó (és minden mást kiszorító) perspektíva lesz az öngyilkosság irodalmában. Csak utalásokból tűnik ki, hogy a kötet nem tekinti olyan lényegesnek a biológiai vulnerabilitási tényezőket, vagy a depressziót (mint az adatokból kitűnik, a depresszió nagyon kiterjedt az időskori populációban, a nem szuicidális lakosságban is, pl. a japán vizsgálatban nem találtak gyakorisági különbséget a magas és az alacsony arányszámú régiókban).

A kötet egészében nagyon érdekes információanyag, egy sor olyan irodalmi adatra hívja fel a figyelmet, amelyet a biológiai szellemű, ill. a pszichiátriai (és általános or-

vosi) lapokban megjelenő közlemények nem idéznek, pedig az öngyilkosság megértése és megelőzése szempontjából releváns lehet. Bizonyos, hogy az eutanáziával kapcsolatos jelenségeket is célszerű a szuicidium kategóriarendszerében is átvizsgálni és értelmezni, ez mindkét nagy témakör számára előnyös lehet.

KEES VAN HERRINGEN (ed.):
UNDERSTANDING SUICIDAL BEHAVIOUR. The Suicidal Process
Approach to Research, Treatment and Prevention.
2001. John Wiley & Sons, Chichester, New York. 322 old.

Az elmúlt 10-15 év legfontosabb szuicidológiai szakkönyve ez a kötet, valódi mérföldkő az öngyilkosság értelmezésében és kutatásában! Mutatja, mennyire szükséges ma az elmélet és a modellszintű rendezés az olyan komplex emberi jelenségekben, mint az öngyilkosság, és hogy egy jó konceptuális képnek milyen összefüggésteremtő ereje lehet. Az öngyilkosság terén ugyanis nagyon sok az ismeret és adat, ezek azonban gyakran ellentmondanak egymásnak, és a különböző orientációk, megközelítésmódok (pl. a különböző tudományágak közelítésmódjai) nehezen állíthatók egymással kapcsolatba. Talán ebből is adódik, hogy az öngyilkossággal foglalkozó összefoglaló szakmunkák mintha teljesen külön szakirodalmi bázissal bírnának, meghatározott közleményekre hivatkoznak csak, és nagyon sok olyan publikációt hagynak figyelmen kívül, amely más összegezésekben kiindulópontnak vagy fő bizonyítéknak számít. Ez a helyzet aztán visszahat a szakterületre és fokozza a széttagoltságot. Van Heeringen kötete most először vág valamiféle rendet a dzsungelben azzal, hogy az öngyilkosság értelmezésében bevezeti a folyamat modelljét. A folyamat figyelembe veszi a dinamikát, és a változásokat, kiemeli az időtényezőt, ugyanakkor soktényezős elemzést enged meg, lehetővé teszi a folyamaton belül a tipológiák és a variációk megfogalmazását.

Mint a bevezetőben van Heeringen írja, az öngyilkosság folyamatmodelljét már több kutató implikálta, de nem fejtette ki határozottan. Az egyik legközelebbi leírás Ringer ismert modellje a preszuicidális szindrómáról, ill. az öngyilkossághoz vezető patológias életútról. Ugyanakkor a befejezett öngyilkosságok és a paraszuicidumok elkülönített kezelése, ill. a szuicidális ideáció, továbbá az öngyilkosság-ekvivalensek, mint pl. a Barber és munkatársai által 1998-ban leírt abortív öngyilkossági kísérletek csak növelték a bizonytalanságot a területen és nehezítették a megelőzés koncipiálását. Az öngyilkosság folyamatmodellje most lehetővé teszi a szuicidális megnyilvánulási formáknak és állapotoknak együttes kezelését, hiszen ezek elhelyezhetők az időfolyamatban, és az idő tengelyében egymással többféle kapcsolatba hozhatók, ill. ilyen kapcsolatok közöttük kutathatóvá válnak. A modell képes kezelni a biológiai hajlamosító és kockázati faktorokat, értelemteljes összefüggésbe tudja ezeket állítani a személyiségtényezőkkel, a szociokulturális környezet reakcióival és hatásaival, és rendezőelvként kínálkozik a megelőzés célpontjainak s hatásmechanizmusainak leírásához.

A kötetben van Heeringen fejezetei kiemelkedőek, nagyon pontos fogalmazással, szűkszavúan mutatja be a modellt, definiálja (már a körvonalazott elméleti képen belül) az egyes változókat, a különféle szuicidális megnyilvánulásokat, és megrajzolja a modell viszonyát az öngyilkosság korábbi elméleteihez (pl. a Ringel-féle említett teóriához). A kötet többi szerzője láthatóan osztja a modell heurisztikus értékének felfogását, és a maga sajátos kutatási területén viszi tovább. Kerkhof és Arensman pl. az epidemiológiai adatokat rendezi össze és 4 jellegzetes időfolyamati utat jelöl meg, amelyen át az öngyilkossági folyamat haladhat. Ezek az utak különböző jellegű és súlyú öngyilkossági manifesztációkat foglalnak magukba, ill. jellegzetes állomásokat kis is hagyhatnak. Mint van Heeringen hangsúlyozza, a modellben központi jelentőségű egyfajta diatézis feltételezése, amely akár folyamatban alakulhat ma is, akár keresztmetszetileg érvényesül, és meghatározza a stresszek, életesemények hatását. Ezt írja le svéd szerzők egy fejezete, amely szerint a kockázati tényezők élettörténetbe és a személyiség biopszichológiai rendszerébe beépülten meghatározzák a stresszekre adott reakciókat és azokat a szuicidális válasz felé viszik, és létrehozhatnak speciális stresszérzékenységeket is. A biológiai kockázati körülményeket, amelyeket van Praag foglal össze, és affektív diszreguláció néven jelöl meg, amint írja, biológiai közvetítő folyamatok kapcsolnak össze a pszichotraumatikus élményekkel, életeseményekkel. Ebben a fejezetben a legújabb biológiai kutatások kitűnő áttekintését kapja meg az olvasó. Nagyon érdekes Williams and Pollock fejezete, amely szerint az öngyilkossági folyamat előrehaladásához vagy meggyorsulásához szükség van egy sajátos lélektani közvetítő állapotra, amely a csapdába esés, a kiüttlanság, a megoldhatatlan helyzet tudata. Ez sajátos affektív állapot, erős tudattalan dinamikával, amely különféle projektív technikákkal is kimutatható. Ha ehhez társulnak „trait” jellegű személyiségváltozók, amelyek a megküzdés képtelenségét, a narcisztikus-perfekcionista, vagy az impulzív-agresszív karakterkonstellációt, vagy éppen a pszichiátriai betegség által keltett dezorganizációt és regressziót jelenthetik, akkor ezek gyorsabban és határozottabban terelik az öngyilkossági „karrier” felé az egyént (erről Apter és Ofek kitűnő fejezete ír). Ilyenkor etológiai mechanizmusok is aktiválódnak, ezekről Robert D. Goldney fejezete tájékoztat. Az egész modellt ezután van Heeringen egy szintetikus fejezete fejti ki most már részletesen.

Majd ez után, a könyv második részében olyan fejezetek következnek, amelyek a folyamatmodell felhasználását vizsgálják a kutatásban, az öngyilkosság-veszélyes ember kezelésében és az öngyilkosság megelőzésben. A kutatás feladatairól szól Amsel és Mann fejezete, Bille-Brahe a társadalmi erőkről ír, amelyek elősegíthetik vagy gátolhatják az öngyilkossági folyamatot. (Mint több más írásában is, itt is kiemeli Kerkhof és mások adatait arról, hogy a magas aspirációs nivójú, életük autonómiáját nagyra értékelő idős emberek hajlamosabbak az öngyilkosságra, mint a hasonló életproblémákkal és bajokkal küzdő kortársaik, tehát a stresszek itt egyfajta nagyobb sebezhetőségre hatnak.) Nagyon érdekes Michel és Valach pszichológiai tárgyú fejezete, amely szerint az öngyilkosság éppen olyan célorientált emberi magatartásforma, mint minden más, ha belehelyezkedünk az öngyilkossági folyamat sajátos belső jelentésvilágába, célképeibe. Nagyon érdekesek a kezeléssel és a megelőzéssel foglalkozó feje-

zetek. Ezek egyelőre csak lehetőségeket vázolnak fel, mert a folyamatmodell jegyében még nagyobb terápiás vagy prevenciós kutatások nem történtek. Az egész modell azonban egyrészt az integrált megközelítést írja elő, tehát a biológiai beavatkozási módoknak nagy jelentőséget tulajdonít, de világosan megjelöli a pszichoszociális, és főleg a pszichoterápiás segítség támadáspontjait. Kaith Hawton fejezete foglalkozik a depresszió gyógyszeres kezelésével mint az öngyilkosságveszély elhárításának ill. az öngyilkosság megelőzésének útjával, azonban ezt nem találja bizonyítottnak. Csak át-tételesen valószínűsíthetők persze a pszichoterápiás beavatkozások hatásai is, de mind Hawton, mind pedig van Heeringen arra mutat rá, hogy nem elég célba venni a szuicidális folyamat utolsó állomásait, a leírt pszichológiai, szociális ill. személyiség-szintű kockázati körülményeket is meg kell próbálni megváltoztatni, tehát segíteni kell a probléma feldolgozást, befolyásolni kell a különböző személyiségkonstellációkat ill. jellegzetes reakciómódokat stb. Mindezek a jövő kutatásaira váró, tisztázandó kérdések.

A szuicidológia irodalmában több könyvnek van a címében a biopszichoszociális megközelítés. Ez általában is szlogen, amelyet ma gyakran elsütnek, valamiféle szemléleti vagy módszertani integráció, egyfajta „komprehezív” szemlélet igényét kifejezve, azonban általában tartalom nélkül (és tartalom nélkül, megfelelő elméleti keretek, modellek nélkül ez csak menlevél a jelenlegi biológiai dominanciára). Most ez az első könyv, amely e fogalomnak valódi tartalmat adhat, és a szuicidológia területén létrehozhatja a tényleges integrációt. Éppen ezért a kötet fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Mindenki számára kötelező olvasmány ez a kötet, aki az öngyilkossággal foglalkozik, vagy az iránt tudományosan vagy terápiásan érdeklődik, ill. a megelőzésben dolgozik.

Összevont irodalomjegyzék

- ADLER, A (1933) *Der Sinn des Lebens*. F. A. Bergmann, München.
- ALLPORT, GW (1961) *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1961, 61, 301-311.
- ALVAREZ, A (1971) *The Savage God. A Study of Suicide* Weidenfeld and Nicolson, London
- ANDICS, M (1947) *Suicide and the Meaning of Life*. Routledge and Kegan Paul, London.
- ANDORKA R (1994) Devians viselkedésformák Magyarországon – általános értelmezési keret az elidegenés és az anómia fogalmának segítségével. In: Münnich I, Moksony F (szerk.): 1994, *Devianciák Magyarországon*. Budapest, 32-77.
- ANDORKA R, BUDA B és mtsai (1970) The Influence of Social Change on the Frequency of Certain Forms of Deviant Behavior. Előadás, VII. Szociol. Világkongr. Várna.
- ANDORKA R, BUDA B, CSEH-SZOMBATHY L (1972) Az alkoholizmus kialakulásának tényezői. Statisztikai Kiadó Vállalat.
- ANDORKA R, BUDA B, CSEH-SZOMBATHY L (szerk.) (1974) A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest.
- ANDORKA R, CSEH SZOMBATHY L, VAVRÓ I (1968) Társadalmi elítélés alá eső magatartások előfordulásának területi különbségei. Statisztikai Szemle, 1., 2. 43-54, 145-158.
- ANDORKA R és mtsai (1986) A TBZ Mo-n. Kossuth, Budapest
- ATKINSON JM (1978) *Discovering Suicide. Studies in the Social Organization of Sudden Death*. Macmillan, London.
- Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon 1959-1963. 1964 KSH.
- Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon 1964-1965. 1967, KSH.
- Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon, 1966-1967. 1968, KSH.
- BAECHLER J (1975) *Les suicides*. Colman Lévy, Paris.
- BAGLEY C (1968) The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Social Sciences and Medicine*, 2. 1-14.
- BAGLEY C (1977) Suicide prevention by the Samaritans. *Lancet*, II. 348-349.
- BALDESSARINI RJ, TONDO L, HENNEN J (1999): Effects of Lithium treatment and its Discontinuation on Suicidal Behavior in Bipolar Manic-Depressive Disorders. *J Clin Psychiatry*, 60 (suppl.): 77-84.
- BALIKÓ M (1984) Az impressziókeltés kommunikációs sajátosságai vokális csatornán keresztül. *TBZ Bulletin*, I.
- BÁNKI MCs (1983) Vannak-e az öngyilkossághajlamnak biológiai tényezői? *Orv. Hetilap*, 50.
- BÁNKI MCs, ARATÓ M, PAPP ZS, KURCZ M (1984) Biochemical Markers in Suicidal Patients. Investigations with Cerebrospinal Fluid Amine Metabolites and Neuroendocrine Tests. *J Aff Disorders*, 6.
- BARRACLOUGH BM, JENNINGS C, MOSS JR (1977) Suicide Prevention by the Samaritans. A Controlled Study of Effectiveness. *Lancet*, II. 237-239.
- BARRACLOUGH BM (1978) The Differential Incidence of Suicide in Eire and in England and Wales. *Br J Psychiat*, 132. 36-38.
- BECK AT, BECK R, KOVACS M (1975) Classification of Suicidal Behaviors: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. *Am J Psychiat*, 132. 285-287.

- BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A (1975) Hopelessness and Suicide. JAMA, 234. 1146-1149.
- BECK AT és mtsai (1981) Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press, New York.
- BECK AT, RESNIK HLP, LETTIERI DJ (eds.) (1974) The Prediction of Suicide. Charles Press, Bowie, Maryland
- BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L (1976) Classification of Suicidal Behaviors II: Dimensions of Suicidal Intent. Arch Gen Psychiat, 33. 838-842.
- BERTALANFFY L von (1968) General System Theory. Foundations, Development and Applications. G. Braziller, New York.
- BESKOM J, WASSERMAN D (1995) A National Programme for Suicide Prevention in Sweden. Giornale Italiano di Suicidologia, 3 1, 25-27.
- BINSWANGER L (1958) The Case of Ellen West. In: Rollo May and alii (eds.): Existence. 1958, Basic Books, New York.
- BLACKLY PH, DISHER W (1968) Bulletin of Suicidology, 1-19.
- BOLLEN KA, PHILLIPS DP (1981) Suicidal motor vehicle fatalities in Detroit: a replication. Am J Sociology, 87. 404-412.
- BOLLEN KA, PHILLIPS DP (1982) Imitative Studies: A national study of the effects of television news stories. Am Sociol Review. 47. 802-809.
- BOTSIS AJ, SOLDATOS CR, STEFANIS CN (szerk.) (1997): Suicide. Biopsychosocial Approaches. Amsterdam, Lausanne, New York: Elsevier.
- BÖHME K, SCHÖNFELD H, WELTZIEN JV (1982) Life expectancy and causes of death after suicide attempts. Psychiatria Fennica, 127-141.
- BÖSZÖRMÉNYI E (1976) A magyarországi öngyilkosságok történetéhez. Demográfia, 4.
- BÖSZÖRMÉNYI E (1991) Az öngyilkosság múltja és jelene. Történeti vázlat. Magánkiadás, Bp.
- BREED W (1963) Am Sociol Review. 28, 179-188.
- BRUGHA T, WALSH J (1978) Suicide Past and Present. The Temporal Constancy of Under-Reporting. Br J Psychiat, 132. 177-179.
- BUCKLEY W (ed.) (1968) Modern System Research for the Behavioral Scientist. A Sourcebook, Aldine, Chicago.
- BUDA B (1966) Valóság, 16-27.
- BUDA B (1967) Pedagógiai Szemle, 17, 925-941.
- BUDA B (1969) A kommunikáció pszichológiai aspektusai. Nyelv és kommunikáció, I. kötet. MRT Tömegkommunikációs Központ, Budapest.
- BUDA B (1971) Az öngyilkosság. I-IV. Orvosi Hetilap, 112. 1263-1267; 1691-1695; 1943-1446; 2327-2332.
- BUDA B (1972) A pszichiátriai szociológia. Problématerületek, dilemmák, fejlődési perspektívák az amerikai kutatások tükrében. Szociológia, 1, 3, 355-382.
- BUDA B (1974) Durkheim után. Az öngyilkosság szociológiai és szociálpszichológiai kutatásának eredményei és feladatai. In: Andorka R, Buda B, Cseh-Szombathy L (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája, Gondolat, Budapest 423-435.
- BUDA B (1976) Az empátia jelensége és jelentősége a pszichiátriában. Magyar Pszichol Szle, 33. 107-126.
- BUDA B (1981) Trends in Suicide and Attempted Suicide in Hungary. WHO Regional Office for Europe (Working Group on Changing Patterns in Suicide Behaviour, Athens, Greece)
- BUDA B (1984) Leleki restség... Még egyszer az öngyilkosságról. Élet és Irodalom, jan. 20.
- BUDA B (1997) Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Budapest: Animula.
- BUDA B (1993) Az empátia - a beleélés lélektana (negyedik, kibővített és átdolgozott kiadás). Ego School BT, Budapest

- BUDA B (1995) Decrease of Suicide and Parasuicide Rates in Hungary. Paper, XVIII Int. IASP Congress (Suicide, Disease, Disadvantage. A Holistic Approach), Velence jún. 4-8.
- BUDA B, FÜREDI J (szerk.) (1986) Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. MPT.
- BUDA B, FÜREDI J (szerk.) (1987) Az öngyilkosság pszichés háttere. Esettanulmányok. Medicina, Budapest.
- BUDA B és mtsai (1969) Személyiségproblémák és interperszonális feszültségek az alkoholizmus kialakulásában. Előadás a 15. Nemzetközi konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére, Budapest, keretében.
- BUTCHER JN, KOSS MP (1978) Research on Brief and Crisis-Oriented Therapies. In: Garfield S, Bergin AE (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. sec. ed. Wiley, New York, 19, 725-767.
- BUZA DNÉ, BUZA D (1985) Az öngyilkosság-megelőzés szempontjai. A telefonszolgálatok példája. TBZ Bulletin, V.
- CLENDENIN WW, MURPHY GE (1971) Wrist Cutting. New Epidemiological Findings. Arch Gen Psychiat, 25. 465-469.
- CLINARD MB (szerk.) (1964) Anomie and Deviant Behavior. A Discussion and Critique. Free Press, New York.
- COPPEN A (1994) Depression as a Lethal Disease: Prevention Strategies. J Clin Psychiatry, 55 4, (suppl.) 37-45.
- CREPET P, FIORENZANO F (1989) Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio. Editori Riuniti, Roma.
- CSEH-SZOMBATHY L (1963) Demográfia. 191-198.
- CSEH-SZOMBATHY L (1967) Előszó. In: Durkheim: op. cit. (26). 5-31.
- CSEH-SZOMBATHY L (1965) Az öngyilkosságok vizsgálata. Stat Szle, 43. 147-163.
- CSEH-SZOMBATHY L (1963) Az öngyilkosságok társadalmi jellege. Demográfia, 2.
- CSEH-SZOMBATHY L (1970) személyes közlés.
- CSEH-SZOMBATHY L (1974) A statisztikai módszerek alkalmazása az öngyilkosságok vizsgálatánál. In: Andorka R, Buda B, Cseh-Szombathy L (szerk.) Gondolat, Budapest, 408-422.
- CSISZÉR N, FÜRI A (1985) Egy krízisintervenciós modell. TBZ Bulletin, IV.
- DAVIDSON L, LINNIOLA M (eds.) (1991) Risk Factors for Youth Suicide. Hemisphere Publ. Co. New York, Washington, Philadelphia, London.
- DELONG WB, ROBINS E (1961) Am J Psychiat, 117, 695-705.
- Demográfiai Évkönyv. 1968, 1969, KSH, Budapest.
- DEW M és mtsai (1987) Quantitative Literature Review of the Effectiveness of Suicide Prevention Centers. J Consulting and Clinical Psychology; 55 (2): 239-244.
- DIEKSTRA RFW (1983) Előadás, 12. Int. Congress of Suicide Prevention and Crisis Intervention, Caracas, Venezuela.
- DIEKSTRA RFW és mtsai: (eds.) (1989) Suicide and Its Prevention. The Role of Attitude and Imitation. Brill, Leiden, New York, Kobenhavn, Köln.
- DIEKSTRA RFW és mtsai (szerk) (1995) Preventive Strategies on Suicide. Brill, Leiden, Köln.
- DOUGLAS JD (1967) The Social Meanings of Suicide, Princeton Univ. Press, Princeton, N.J.
- DOUGLAS JD (ed.) (1970) Understanding Everyday Life. Toward The Reconstruction of Sociological Knowledge, Aldine, Chicago
- DUBLIN LI, BUNZEL B (1933) To Be or Not To Be. A Study of Suicide. Harrison Smith and Robert Haas, New York.
- DUBLIN LI (1963) Suicide. A Sociological and Statistical Study. Ronald Press, New York.
- DURKHEIM E (1897) Le suicide. Étude sociologique. F. Alcan, Paris (magyarul: 1987, Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest)

- FARBEROW NL (1969) Grundlagen der Theorie und Praxis der Selbstmordverhütungsstellen. In: Ringel: op. cit. 175-194.
- FARBEROW NL (1978) Research on indirect self-destructive behavior. In: Aché K, Lönnqvist J (eds.): Psychopathology of Direct and Indirect Self-Destruction. Psychiatria Fennica Suppl. 21-34.
- FARBEROW NL (ed.) (1980) The Many Faces of Suicide. Indirect Self-Destructive Behavior. McGraw-Hill, New York.
- FARBEROW NL és mtsai (1966) Am J Orthopsychiatry, 36, 551-558.
- FARBEROW NL, SHNEIDMAN ES (eds.) (1961) The Cry for Help. McGraw-Hill, N.Y.
- FARMER R, HIRSCH S (eds.) (1980) The Suicide Syndrome. Croom Helm, London.
- FAWCETT J, LEFT M, BUNNEY WE (1969) Arch Gen Psychiat. 21, 129-137.
- FEKETE S (1995) Szuicid modellek és a szociokulturális közvetítés szerepe az öngyilkos viselkedésben. Kandidátusi értekezés, MTA.
- FEKETE S, KELEMEN G (1989) Öngyilkosság és modellhatásai a magyar kultúrában. Psychiatria Hungarica, 4 98-105.
- FEKETE S, MARTON K (1994) Kulturális tradíciók, attitűdök és modellhatás időskorúak szuicidiumainál. Végeken, 5. 76-83.
- FEKETE S, MÁCSAY E, VADAS Gy (1991) Öngyilkosság, tömegkommunikáció, modellek (A Lidocain történet Magyarországon). Végeken, 2. 11-20.
- FREDERICK CJ, FARBEROW NL (1970) Group Psychotherapy with Suicidal Persons: A Comparison with Standard Group Methods. Int J Social Psychiatry, 16. 103-111.
- GARFINKEL H (1967) Studies in Ethnomethodology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- GERGELY M (1969) Röpirat az öngyilkosságról. Kortárs, XIII. 1774-1797; 1977-1984.
- GIBBS JP (ed.) (1968) Suicide. Harper & Row, New York.
- GIBBS JP, MARTIN WT (1964) Status Integration and Suicide. University of Oregon Press, Eugene, Oregon.
- GIDDENS A (ed.) (1971) The Sociology of Suicide. A Selection of Readings, Frank Cass and Co. London
- GOLD M (1958) Am J Sociology, 63, 651-661.
- GOULD MS, SHAFFER D (1986) The Impact of Suicide in Television Movies. Evidence of Imitation. New England J Medicine, 315. 690-694.
- GRAWE K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- GREENBANK RK (1967) J Nerv Mental Disease, 125, 131-132.
- GUNNEL D, FRANKEL S (1994) Prevention of suicide: aspirations and reality. Br Med J, 408, 1227-1233.
- HALBWACHS M: Les causes de suicide. 1930. F. Alcan, Paris.
- HALL ET: The Hidden Dimension, 1966, Doubleday and Co. New York.
- HALL ET: The Silent Language, 1959, Fawcett, Greenwich, Conn.
- HARSÁNYI L., JOBB S., MILTÉNYI K., NEMESKÉRI J., SZUCHOVSKY GY.: Budapesti öngyilkosok vizsgálata. Népszégtud. Intézet Közl, 44. köt. Statisztikai Kiadó, 1976.
- HENDIN HH: Suicide in America. Norton, New York 1982.
- HENDIN HH: Suicide in Scandinavia. A Psychoanalytic Study. Grune and Stratton, N.Y. 1964.
- HENDIN HH: J Nerv Mental Disease. 1963, 136, 236-244.
- HENRY AF, Short JF: Suicide and Homicide. 1954, Free Press, Glencoe. Ill.
- HENSELER H: 1974, Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt, Hamburg.
- HUBER G (hrsg.): Schizophrenie und Zykllothymie. 1969, G. Thieme, Stuttgart.

- HUSZÁR I, KOPP M: Az emocionális funkciózavarok és az öngyilkossági veszélyeztetettség összefüggései településszociológiai tényezőkkel Budapest-Józsefváros két orvosi körzete populációjában. TBZ Bulletin, V. 1985.
- ISACSSON G (1994): Depression. Antidepressants and Suicide. A study of the role of antidepressants in the prevention of suicide. Stockholm: Karolinska Institute.
- ISACSSON G, BERGMAN U, RICH CL (1996): Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. J Aff Disorders, 41:18.
- ISACSSON G, BOETHIUS G, BERGMAN U (1992): Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population based drug database in Sweden. Acta Psychiat Scand, 85: 444-448.
- ISACSSON G, HOLMGREN P és mtsai (1997): The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 528 suicides in Sweden during the period 1992-1994. Acta Psychiat Scand, 96: 94-100.
- JEGESY A, HARSÁNYI L, ANGYAL M (1994): Baranya megyében öngyilkosság következtében meghaltak komplex vizsgálata. Végeken, 5(4):11-16.
- JENKINS J, SAINSBURY P: 1980. Singler-car road deaths - disguised suicides? Br Med J, 281. 1041-1042.
- JENKINS R és mtsai: 1994, The Prevention of Suicide. HMSO, London.
- JENKINS R: 1996, személyes közlés.
- JENNINGS C, BARRACLOUGH BM, MOSS JR: 1978, Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study. Psychol Medicine, 8. 413-422.
- JESSLER PG, GIBBS JP, BECKER HA: Arch Gen Psychiat, I: 1960, 3, 612-631. II: 1961. 5, 12-29.
- JOBB S: Az öngyilkosságok területi jellemzői Magyarországon. Területi Statisztika, 1973. 1.
- JUDD LL (1995): Effect of Pharmacotherapy on Suicidal Ideation and Behavior. Depression, 2:169-172.
- JUEL-NIELSEN N: Suicide in Scandinavian Countries. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1981. (Kézirat. Az 1981-es athéni öngyilkossági munkaértekezlet vitaanyaga.)
- KAHNE MJ: Int J Social Psychiat. 1966, 12, 120-129, 172-186.
- KALLENBERT C: 1983. Suizidversuch als Kommunikation. Verlag für akademische Schriften, Frankfurt.
- KATZ RL: Empathy: Its Nature and Uses. 1963, The Free Press, New York.
- KÁDÁR T, CSELKÓ L: Öngyilkossági kísérletek elkövetésének körülményeiről. Népegészségügy, 1973, 54.
- KÁDÁR T: 1968, személyes közlés.
- KENNEDY PR: Suicide and Attempted Suicide in England and Wales. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1986. (Kézirat. Az 1986-os yorki öngyilkossági munkaértekezlet vitaanyaga.)
- KERKHOF AJFM (1997, 1998): Személyes közlések és kongresszusi előadások.
- KERNBERG OF: 1993, Borderline szindróma és patológiás nárcizmus. Párbeszéd Kiadó, Bp.
- KÉZDI B: A lélektani krízis és a szuicidium összefüggései. TBZ Bulletin, IV. 1985.
- KÉZDI B: 1988, Tagadás és öngyilkosság. Psychiatria Hungarica, 3. 15-23.
- KÉZDI B: 1995, A negatív kód. Kultúra és öngyilkosság. Pannónia könyvek, Pécs.
- KIELHOLZ P, PÖLDINGER W: Depressionsdiagnostik und -therapie als Beitrag zur Selbstmordverhütung. In: Ringel: op. cit. 1969, 202-218.
- KINGDON D, JENKINS R (1995): The Health of the Nation: Suicide Prevention in England. Giornale Italiano di Suicidologia, 3(1): 917.
- KNAPP PH (ed.): The Expression of Emotions in Man. 1963, Int. Univ. Press, New York.

- KOBLER AL, STOTLAND E: The End of Hope. A Social-Clinical Study of Suicide. 1964, The Free Press, New York.
- KOLOZSI B (1990): A magyarországi öngyilkossági endémia mértékének 1998-as csökkenése és annak összetevői. TBZ Bulletin, 17, 169-184.
- KOLOZSI B (1992): Az 1988-as magyarországi öngyilkossági arány csökkenését követő két év néhány fejleménye (1989-1990). Végeken, 3(2): 41-46.
- KOLOZSI B (1996): Contradictions of Suicide Trends in Hungary. Kézirat.
- KOPP M, SKRABSKI Á: 1995, Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest
- KREITMAN N (ed.): 1977, Parasuicide, Wiley, New York
- KUN M: 1969, személyes közlés.
- KURZ A és mtsai: 1985. Determination of treatment disposal for parasuicide patients in a German university hospital. Social Psychiatry, 20. 145-151.
- LEHTINEN V, JOKINEN K: 1982. Prognosis in individuals with a history of attempted suicide. A follow-up study of subsequent self-destructiveness and psychosocial adjustment of individuals with a history of self-poisoning. Psychiatria Fennica, 151-161.
- LEIGHTON DC és mtsai: The Character of Danger. Psychiatric Symptoms in Selected Communities. 1963. The Stirling County Study of Psychiatric Disorder and Sociocultural Environment, Basic Books, New York.
- LESTER D, BECK AT, TREXLER L: 1975. Extrapolation from Attempted Suicides to Completed Suicides. J Abnormal Psychol. 84. 563-566.
- LESTER D, BECK AT: 1976, Early Loss as a Possible Sensitizer to Later Loss in Attempted Suicide. Psychological Reports, 39 121-122.
- LESTER G, LESTER D: 1971, Suicide. The Gamble with Death. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- LEWIS G, HAWTON K, JONES P (1997): Strategies for preventing suicide. Br J Psychiat, 171: 351-354.
- LINDEN KJ: 1969, Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. F. Enke, Stuttgart.
- LINEHAN MM: 1993, Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York, London.
- LITMAN RE: California Medicine. 1966, 104, 168-179.
- MACDONALD AJD (1995): Suicide prevention in Gotland. Br J Psychiat, correspondence, 402.
- MARIS RW: The Sociology of Suicide Prevention: Policy Implications of Differences between Suicidal Patients and Completed Suicides. Social Problems, 1969, 17, 132-149.
- MCCULLOGH JW, PHILIP AE: 1972, Suicidal Behaviour. Pergamon Press, Oxford, New York
- MENNINGER KA: 1938. Man Against Himself. Harcourt, Brace and World, New York.
- MERTON RK: Social Theory and Social Structure. 1957 (sec. rev. ed.), Free Press, Glencoe. (magyarul: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Gondolat Könyvkiadó 1980.)
- MÖLLER HJ (1989): Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide. J Roy Soc Medicine, 82: 643-56.
- MÖLLER JH: 1986. Előadás, First European Symposium of Empirical Research on Suicidal Behaviour, München.
- MÜNNICH I (szerk.) 1988, Tanulmányok a TBZ-ről. Kossuth, Budapest.
- OZSVÁTH K, KÓCZÁN Gy: Az öngyilkossági ellátás ellentmondásai. TBZ Bulletin, IV. 1985.
- OZSVÁTH K (1994): Az öngyilkos magatartás. Öngyilkosságtudat Baranya megyében (1980-1994). Budapest: Akadémiai doktori értekezés.
- PAGÉS M: L'orientation non-directive in psychotherapie et psychologie sociale, 1968, Dunod, Paris.

- PARAD HJ, PARAD LG (eds.): 1990, Crisis Intervention. 2. The Practitioner's Sourcebook for Brief Therapy. Family Service America, Milwaukee, Wisconsin.
- PATAKI F (szerk.): TBZ Magyarországon. Kossuth Könyvkiadó 1986.
- PECK ML, FARBEROW NL, LITMAN RE (eds.): Youth Suicide. Springer, New York. 1985.
- PHILLIPS DP, CARSTENSEN LL: 1986, Clustering of Teenage Suicides After Television News Stories About Suicide. *New England J Med*, 315. 11. 685-689.
- PHILLIPS DP: 1974, The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *Am Sociol Review*, 39. 340-354.
- PHILLIPS DP: 1979. Suicide, motor vehicle fatalities and the mass media: evidence toward a theory of suggestion. *Am J Sociology*, 84. 1150-1174.
- PORTERFIELD AL: The Problem of Suicide. In: Gibbs (ed.) op. cit. 1968, 31-57.
- POWELL EH: *Am Sociol Review*. 1968, 23, 131-139.
- PÖHLIS V: 1987, Kognitive-utilitaristische Suizidhandlungstheorie. Darstellung, abgeleitete Massnahmen, Anwendung und Konfrontation mit anderen Suizidhandlungstheorien. S. Roderer, Regensburg.
- PUNUKOLLU NR (ed.): 1991, Recent Advances in Crisis Intervention. Int. Institute of Crisis Intervention and Community Psychiatry Publications, Huddersfield, U.K.
- QUATEMBER RJ: Klinisch-psychologische Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: Ringel, op. cit. 1969, 117-126.
- RESNIK HLP (ed.): 1968, Suicidal Behaviors. Little, Brown and Co. Boston.
- RETTSTOL N (1995): The National Plan for Suicide Prevention in Norway. *Giornale Italiano di Suicidologia*, 3(1):19-24.
- RETTSTOL N: 1986. Előadás, 1st Eur. Symp. of Research on Suicidal Behavior, München.
- REYNOLDS DK, FARBEROW NL: 1976. Suicide: Inside and out. University of California Press, Berkeley, Calif.
- RIHMÉR Z, BARSZ J, VÉG K: 1989, Regionális különbségek a depressziók és a szuicidizmus prevalenciájában Magyarországon. *Ideggyógy Szle*, 42. 491-500.
- RIHMÉR Z, BELSŐ N, PESTALITY P (1997): A depresszió és az öngyilkosság kapcsolata. Irodalmi áttekintés és hazai vizsgálatok. *Szenvedélybetegségek*, 5(4): 244-252.
- RIHMÉR Z (1996): Relationship between Recognized Depression and Suicide in Hungary. *Int J Methods in Psychitric Research*, 6:515-520.
- RIHMÉR Z (1998): Öngyilkosság. In: Füredi J (szerk) *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina, 637-648.
- RINGEL E: Selbstmordverhütung. H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1969.
- RINGEL E: Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. 1953. W. Maudrich, Wien.
- RINGEL E: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. 1961. Brüder Hollinek, Wien.
- ROBINS E és mtsai: *Am J Psychiat*. 1959, 115, 724-733.
- ROBINS E: 1981. The Final Months. A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide. Oxford University Press, New York.
- ROSEN DM: 1976. The Serious Suicide Attempt. Five-year Follow-up Study of 886 Patients. *JAMA*, 235. 2105-2109.
- ROSS M: *Am J Psychiat*. 1969, 126, 220-225.
- ROSS M: *Southern Med J*. 1967, 60, 1094-1098.
- ROTOV M: *Am J Psychotherapy*. 1970, 24, 216-227.
- RUSHING WA: *Human Relations*. 1969, 22, 61-76.
- RUTZ W és mtsai (1992): Letter to the editor. 340:1233-1234.

- RUTZ W, von KNORRING L, WALINDER J (1989): Frequency of suicide on Gotland after systemic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiat Scand* 80: 151-154.
- RUTZ W, von KNORRING L, WÄLINDER J: 1992, Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiat Scand* 85: 85-88.
- RÜEGSEGG P: 1963. Selbstmordversuche. *Psychiatria et Neurologia*, 146. 81-104.
- SAINSBURY P, JENKINS JS: 1982. The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *J Epidemiol Community Health*, 35. 43-48.
- SAINSBURY P, JENKINS J, BAERT AE: 1981. Suicide Trends in Europe. WHO Regional Office for Europe.
- SAINSBURY P: 1955, Suicide in London. An Ecological Study. Chapman and Hill, London.
- SAINSBURY P: Suicide: Opinions and Facts. *Proc. Royal Society of Medicine*, 1973. 6.
- SCHEFF TJ (ed.): 1975. Labeling Madness. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- SCHIPKOWENSKY N, KAMENOW G, SCHISCHKOVA L: 1976, Attempted Self-Destruction and Nosology. *Vita. Official Newsletter for the IASP*, 3, 2. 8-12.
- SCHMIDT CW és mtsai: 1977. Suicide by vehicular crash. *Am J Psychiat*, 134. 175-178.
- SCHMIDTKE A, HÄFNER H: 1988, The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Medicine* 18. 665-676.
- SCHMIDTKE A: 1986, Effects of the Mass Media on Suicidal Behaviour and Deliberate Self-Harm. Kézirat, WHO szakértői értekezlet anyaga, York, 1986. szept. 21-26.
- SCHMIDTKE A: Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. S. Roderer Verlag, Regensburg. 1988.
- SCHUR EM: 1971. Labeling deviant behavior. Its sociological implications. Harper & Row, N.Y.
- SHNEIDMAN ES (ed.): 1967, Essays in Self-Destruction, Jason Aronson, New York
- SHNEIDMAN ES (ed.): 1976, Suicidology: Contemporary Developments. Grune & Stratton, NY
- SHNEIDMAN ES (ed.): 1978, Suicidology: Contemporary Developments. Grune & Stratton, NY
- SHNEIDMAN ES, FARBEROW NL, LITMAN RE: 1970, The Psychology of Suicide. Science House, New York.
- SHNEIDMAN ES: 1971. On the Deromanticization of Death. *Am J Psychotherapy*, 25. 4-17.
- SHNEIDMAN ES: 1973, Deaths of Man. Quadrangle Books, New York.
- SHNEIDMAN ES, FARBEROW NL (eds.): Clues to Suicide, 1957, McGraw-Hill, N.Y.
- SHNEIDMAN ES, MANDELHORN P: How to Prevent Suicide? 1967, Public Affairs Pamphlet, No. 406. Suicide Prevention Center, Los Angeles.
- SOMOGYI E, IVÁNYI JNÉ, OROVECZ B: *Pszichol. Tanulm.* 1961, 3, 559-567.
- SROLE L, LANGNER TS és mtsai: 1962, Mental Health in the Metropolis, The Midtown Manhattan Study. McGraw-Hill, New York.
- Statistikai Évkönyv. 1969, 1970. KSH, Budapest.
- STENGEL E, COOK N: Attempted Suicide: Its Social Significance and Effects. 1958, Oxford University Press, New York.
- STENGEL E: 1964, Suicide and Attempted Suicide. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
- STENGEL E: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: Ringel, op. cit. 9-50.
- STONE AA, SHEIN HM: *Am J Psychotherapy*. 1968, 22, 15-24.
- STOTLAND E, KOBLE AL: Life and Death of a Mental Hospital. 1965, University of Washington Press, Seattle.
- SUDNOW D (ed.): 1972, Studies in Social Interaction. The Free Press, New York

- Suicide and Its Prevention. WHO Press, No. 25. 1968. nov. 20. Geneva.
- Support in Suicidal Crises. 1996. The Swedish national programme to develop suicide prevention. Stockholm: The National Council for Suicide Prevention.
- SURTEES SJ: 1982. Suicide and accidental death at Beachy Head. *Br Med J*, 284. 321-324.
- SUSSMAN MB (ed.): 1995, *A Perilous Calling. The Hazards of Psychotherapy Practice*. John Wiley and Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore.
- SÜLE F: Az öngyilkosság-veszélyes állapotok pszichoterápiája. *TBZ Bulletin*, IV. 1985.
- SZIGETI P: Öngyilkosságok Magyarországon 1960 és 1977 között, különös tekintettel az időskorú népességre. Szakszervezetek Elméleti Kutató Intézete, 1979.
- SZINETÁR E: 1970, személyes közlés.
- SZUCHOVSKY GY, KENYERES I, HARSÁNYI L: Öngyilkossági halálozás Budapesten az 1961 és 1970 közötti 10 éves időszakban. *Orvosi Hetilap*, 1973. 35. és 36.
- TABACHNICK N és mtsai: 1973. Accident or Suicide? Destruction by Automobile. C.C. Thomas, Springfield. Ill.
- TARDE G: *Les lois de l'imitation*. 1899, F. Alcan, Paris.
- TAYLOR S: *Durkheim and the Study of Suicide*. Macmillan, London. 1982.
- TEMESVÁRY B, SZILÁRD J: Az öngyilkosság és az alkoholizmus egyes elméleti összefüggései. *TBZ Bulletin*, V. 1985.
- TEMESVÁRY B: Beszámoló a Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeorvosi Klinikáján végzett szuicidológiai tudományos és gyógyító-megelőző munkáról (1978-1985). *TBZ Bulletin*, VII. 1986.
- THOMAS K (1964) *Handbuch der Selbstmordverhütung*. Psychopathologie, Psychologie und Religionspsychologie, einschliesslich der Eheberatung und Telefonseelsorge. Enke, Stuttgart.
- TONDO L és mtsai (1998): Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *J Clin Psychiat* 59(8): 105-141.
- TURNER R (ed.): 1974, *Ethnomethodology. Selected Readings*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
- UPANNE M, HAKANEN J, RAUTAVA M (1999): Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation. Helsinki: STAKES.
- VARAH Ch (ed.): *The Samaritans. Befriending the Suicidal*. Constable, London. (sec. rev. ed.)
- VÉDRINNE A, QUÉNARD D, WEBER D: *Suicide et conduites suicidaires*. Masson, Paris 1982.
- VERÓN, E. és mtsai: *Lenguaje y comunicación social*, 1969, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- WASSERMAN D és mtsai (1998): Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiat Scand*, 98 (suppl.), 394.
- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON D: *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. 1967, Norton, New York.
- WEBER M: *A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme*. Gondolat, Budapest, 1982.
- WEDLER HL: 1984, *Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus. Krisenintervention und psychosoziale Betreuung von Suizidpatienten*. F. Enke, Stuttgart.
- WEDLER H, WOLFERSDROFER M, WELZ R: 1992, *Therapie bei Suizidgefährdung*. Roderer Verlag, Regensburg.
- WEISS JMA: The Suicidal Patient. In: Arieti S (ed.): *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 3. Basic Books, 1959, 115-130.
- WELZ R, MÖLLER J (hrsg.): 1984. *Bestandsaufnahme der Suizidforschung. Epidemiologie, Prävention und Therapie*. Roderer Verlag, Regensburg.
- WERKSTEIN L: 1979. *Handbook of Suicidology*. Brunner/Mazel, New York.

- WHO Regional Office for Europe, 1968, 1974, 1976, 1981. Kiadványok az európai öngyilkossághelyzetről, európai munkaértekezletek anyagai alapján.
- WILKINS JL: 1970. Producing Suicides. *Am Behavioral Scientist*, 186-201.
- WILKINS JL: 1967, Suicidal Behavior, *Am Sociol Review*, 32. 286-298.
- WOLFERSDORF M, NIEHUS EM (1993): Depressive inpatients and suicidal behavior: comparison of suicidal and nonsuicidal depressives. *Schw Arch Neurol und Psychiatrie*, 144 (6): 575-583.
- WOLFERSDORF M és mtsai: 1986. Suizide psychisch Kranker in der psychiatrischen Klinik. In: Laux G, Reimer F (hrsg.): 1986. *Klinische Psychiatrie*, Bd. II. 180-203.
- WOLFERSDORF M, WOHLT R, HOLE G (hrsg.): 1985, *Depressionsstationen. Erfahrungen, Probleme und Untersuchungsergebnisse bei der Behandlung stationär depressiv Kranker*. Roderer Verlag, Regensburg
- WOLFERSDORF M: 1986. személyes közlés - First European Symposium of Research on Suicidal Behaviour, München.
- WUNNENBERG W, STUCKE W, KIELHOLZ P, BISTER W: Depression in der ärztlichen Sprechstunde. Szeminárium a 20. Lindai Pszichoter. Héten, 1970. máj. 4-9.
- ZONDA T: Az öngyilkosság kultúrtörténete (Rövid mentalitástörténet) Végeken, Budapest. 1991.
- ZONDA T (1998): A depresszív zavarok epidemiológiai vizsgálatának problémái. A kül- és belhoni irodalom kritikus áttekintése. *Psychiatria Hungarica*, 13(6): 717-726.
- ZONDA T: 1988, A follow-up vizsgálatok jelentősége a szuicidológiában (három járásban végzett vizsgálat eredményei alapján). *Psychiatria Hungarica*, 3. 25-33.
- ZONDA T: 1990, Magyarország deviancia-térképeinek összehasonlító vizsgálata az öngyilkosság regionális eltéréseinek szemszögéből. *Végeken*, 1, 4, 19-28.
- ZONDA T: 1995, *Öngyilkos nép-e a magyar?* Végeken Alapítvány, Budapest.
- ZWINGMANN C (hrsg.): *Selbstvernichtung*. 1965, Akad. Verlagsgesellschaft, Frankfurt am M.